

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**Contribución al estudio de la hematología quirúrgica**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Adolfo Sapena Escolano**

**Madrid, 2015**

93-5

82-1-e-5

Ca 2622  
Nº  
1933

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA  
HEMATOLOGÍA QUIRÚRGICA

MEMORIA DE DOCTORADO

POR

ADOLFO SAPENA Y ESCOLANO.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

-1.-

RESPETABLE TRIBUNAL:



. Ante la imperiosa necesidad de someter á vuestra censura una MEMORIA original para poder aspirar al título de Doctor, he de confesar ingénuamente que mi ánimo se vió perplejo llegado el instante de elegir un tema en el vasto campo de las ciencias médicas.

Causa principal de mis vacilaciones era el vivo deseo de que mi trabajo fuese ante todo de labor propia, ya que forzosamente había de resultar modesto.

No sabiendo, pues, qué partido tomar, acudí en demanda de auxilio á mi muy querido y sabio maestro el Dr. Ribera, quien afectuoso y deferente siempre con sus discípulos escuchó mis dudas y mostróme la importancia que en la actualidad

-2.-

encierran los estudios hematológicos aplicados á la clínica quirúrgica, alentándome para la empresa de tales trabajos y poniendo, desde luego, á mi disposición el material de enseñanza que pudiera ofrecer la suya.

No se me ocultaban las dificultades que había de vencer para llevar á cabo mi obra; pero confiando en que con voluntad firme y decidida lograría allanar muchas de ellas, empecé inmediatamente el trabajo, proponiéndome aprovechar todas las oportunidades en que el análisis de la sangre pudiera ofrecer algún dato digno de ser tenido en cuenta, con objeto de presentar al terminarle una idea de conjunto sobre la naturaleza y el valor de las alteraciones hémicas en el mayor número posible de enfermedades y circunstancias en que su conocimiento sea de interés para el cirujano. Ha sido también mi propósito al obrar de este modo, adquirir una orientación general que guie en lo sucesivo investigaciones menos extensas, pero más profundas, acerca de aquellos puntos que la experiencia me demostrase de mayor importancia.

Educado bajo la dirección de cirujano tan competente en la materia como es el Dr. Ribera, he podido aprender las grandes dificultades diagnósticas que sue-

-3.-

len presentar las afecciones abdominales, y al estudio de su hematología he dedicado atención preferente.

Divido esta Memoria en dos partes: en la segunda, que es la primeramente hecha, consigno las observaciones que considero de algún interés, habiendo descartado todas aquéllas que me ofrecen dudas respecto á su exactitud y otras de poca importancia, para no darle proporciones desmesuradas.

Considerando que los hechos cuidadosamente recogidos son siempre de más valor que la interpretación, expuesta á error cuando no se juzga sobre suficiente número de aquéllos, he concedido más extensión á esta parte.

La primera está dividida en cuatro secciones:

Expongo brevemente en la primera de éstas la composición normal de la sangre tal como resulta de mis investigaciones, para que sirva de tipo de comparación. He creído útil hacer algunas indicaciones respecto á la técnica por los obstáculos con que en ella he tropezado, y exponer el procedimiento más sencillo con las precauciones indispensables que deben tomarse para hacer un análisis que ofrezca garantías de exactitud.

La segunda comprende el estudio hematológico de las infecciones agudas y

de la tuberculosis, como más importante entre las crónicas.

La tercera está dedicada á los tumores y quistes hidatídicos, incluyendo también un caso de leucemia observado.

Y en la cuarta y última indico la influencia que sobre la composición de la sangre ejercen los traumatismos operatorios.

El trabajo que hoy tengo el honor de someter á vuestra consideración, aunque desaliñado en la forma, pobre en el fondo y escaso en resultados, me ha costado un curso de labor continua para realizarle, y, por tanto, al pronunciar vuestro fallo atended, antes que á estas ~~condiciones~~, al buen deseo de su autor por contribuir en la medida que se lo han permitido sus escasas fuerzas á la gran obra de la hematología quirúrgica.

Peró antes de entrar en materia y respondiendo á impulsos de mis sentimientos, permitido me ha de ser hacer constar la profunda gratitud que guardo á todos mis queridos y sabios maestros por las provechosas enseñanzas de ellos recibidas, y más señaladamente al Dr. Ribera por la parte activa y el interés que ha tomado en mis investigaciones, y al Dr. Cajal que ha tenido la bondad d

-5.-

concederme su v nia para realizar los trabajos de laboratorio, en el que est  encomendado   su digna dirección.

-----



-6.-

I.

A. - S A N G R E   N O R M A L .

Los glóbulos rojos, ó hematíes, son elementos de contorno circular perfecto, cuyo diámetro mide unas siete micras, sin núcleo, bicóncavos y de color amarillo-verdoso claro.

Su número por milímetro cúbico es de unos 5.000.000.

Este número, como todos los demás que se indican, no expresa más que un término medio que puede sufrir algunas variaciones, aun dentro del terreno fisiológico.

Los resultados de mis investigaciones en sujetos sanos y en otros con lesiones insignificantes sin trascendencia sobre la sangre, han dado, en general, de 4.500.000 á 5.000.000. Sin embargo, muchas veces han rebasado estos límites.

Normalmente, los glóbulos rojos se forman en la médula ósea, donde existen sus elementos progenitores, los rojos nucleados ó células de Neumann; éstas, perdiendo el núcleo, por un mecanismo que aún se discute, dan lugar al hematíe normal.



. De vez en cuando se encuentra en la sangre algún rojo nucleado, y como se les ha concedido cierta importancia en determinados estados patológicos, indicaré brevemente sus caracteres.

Sus dimensiones son iguales, menores ó mayores que las de los glóbulos rojos ordinarios, y de aquí las denominaciones de normo, micro y megaloblastos, con que se les designa habitualmente. Se encuentran con más frecuencia los correspondientes á la primera variedad. Su núcleo, de ordinario único, rara vez múltiple, fija los reactivos nucleares con gran fuerza, y el protoplasma ó estroma nada ofrece de particular.

En las preparaciones hechas por la eosina-hemateína, el núcleo se tiñe con tal intensidad, que parece una gota de tinta, y el protoplasma le forma una corona de color rojo. Estos dos caracteres bastan para distinguirles fácilmente de los demás corpúsculos sanguíneos.

Los glóbulos blancos ó leucocitos se encuentran en número de 6.000 por milímetro cúbico, y comprenden las siguientes variedades: polinucleares, mononucleares pequeños ó linfocitos, mononucleares grandes y formas de transición

-3.-

Los polinucleares ó mejor dicho polimorfonucleares, pues, como ha demostrado Ranvier, no tienen varios núcleos, sino uno sólo de forma muy variada, miden de 9 á 12 micras, y su protoplasma contiene granulaciones llamadas neutrófilas, acidófilas ó eosinófilas y basófilas, según su afinidad para las materias colorantes.

Cada leucocito no posee más que una sola clase de granulaciones que, según Ehrlich, son específicas y no pueden transformarse unas en otras.

Las neutrófilas son finas y se tiñen de violeta por el triácido de Ehrlich.

Las eosinófilas son más gruesas, refringentes, el triácido las tiñe en rojo oscuro y la eosina en rojo vivo.

Las basófilas son de tamaño mucho mayor y se colorean por el azul de metileno.

Los mononucleares pequeños, ó linfocitos, son de tamaño análogo al de los glóbulos rojos; su núcleo, relativamente voluminoso, posee una red cromática espesa, y está envuelto por delgada capa de protoplasma, sin granulaciones.

Los mononucleares grandes son dos ó tres veces mayores que un glóbulo rojo.

El núcleo, redondo ú oval, tiene una red cromática floja, y el protoplasma, abundante, carece también de granulaciones.

Los leucocitos de transición se parecen á los anteriores por su tamaño y por la red cromática. Se distinguen porque el núcleo tiene una escotadura ó está encorvado; pero sin presentar las estrangulaciones y abultamientos de los polinucleares. Su protoplasma carece de granulaciones ó las tiene muy escasas.

El siguiente cuadro indica la proporción aproximada de estas variedades en la sangre normal.

Polinucleares neutrófilos.....	70 á 72	por 100.
Linfocitos.....	20 á 22	,,
Mononucleares grandes.....	2 á 4	,,
De transición.....	2 á 4	,,
Eosinófilos.....	1 á 3	,,
Basófilos.....	1	por 200.

En mis análisis he omitido esta última variedad, por tratarse de elementos muy escasos, que, en general, no tienen interés y requieren preparaciones

aparte.

Los leucocitos polinucleares, ó sea los que tienen granulaciones, proceden todos, ó su inmensa mayoría, de la médula ósea, donde se forman á expensas de los llamados por Ehrlich mielocitos. Los linfocitos y los mononucleares grandes nacen en los ganglios linfáticos y órganos linfoides. En cuanto á las formas de transición, constituyen elementos de naturaleza y evolución no bien conocida aún. Algunos autores los incluyen con los mononucleares grandes. Yo he formado con ellos grupo aparte, por haberlos encontrado en todas mis preparaciones.

Alguna vez, aunque muy rara, se encuentran en la sangre mononucleares grandes con granulaciones neutras, ácidas ó básicas. Son los mielocitos ya citados que normalmente sólo se encuentran en la médula ósea, y cuya presencia en la sangre no tiene importancia más que en los casos de leucemia mielógena.

-----



-11.-

B. - T É C N I C A .

Un análisis clínico de sangre, comprende:

La determinación de la hemoglobina,

La del número y caracteres de los glóbulos rojos,

Y la determinación de la cantidad absoluta de los leucocitos, con la proporción de cada una de sus variedades.

Para la hemoglobina he usado el hemoglobímetro de Gowers. De la cantidad en centésimas, con relación á la que contiene la sangre normal que se toma por unidad.

Es un aparato sencillo con el cual determinamos la hemoglobina en poco tiempo, y da resultados de exactitud muy suficientes, por poco hábito que se tenga en su manejo.

Para contar los glóbulos rojos y los leucocitos, me ha servido el hematímetro Thoma, construido por Zeiss.

Tiene dos pipetas: una para diluir la sangre al 1 por 100, que sirve para los glóbulos rojos, y otra para diluir al 10 por 100 la sangre que ha de

-12.-

servirnos para contar los glóbulos blancos.

Los líquidos de dilución que me han parecido mejores, son:

Para los glóbulos rojos, la siguiente fórmula de Hayem:

Cloruro mercurico.....	0,50	gramos.
Cloruro sódico.....	1,00	,,
Sulfato sódico.....	5,00	,,
Agua destilada.....	200,00	,,

Fija y conserva bien los glóbulos.

Para los leucocitos, este otro que ideó Thoma.

Violeta de genciana.....	0,02	gramos.
Acido acético puro.....	1,00	,,
Agua destilada.....	100,00	,,

Es un líquido excelente: destruye los rojos, y, coloreando el núcleo de los leucocitos, resaltan de tal modo estos elementos, que, si no se encuentran en cantidad excesiva, se cuentan en pocos instantes todos los del retículo.

El aparato de Thoma es de manejo sencillo. Sin embargo, requiere alguna

-13.-

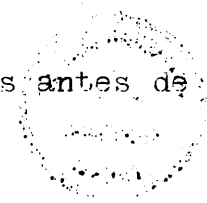
destreza, que se adquiere pronto.

En cuanto á condiciones de exactitud, diré que en los análisis comparativos practicados con este hematímetro y con la cámara de Elzholtz, cuyo retículo es nueve veces mayor que el de Thoma, he obtenido, casi siempre, diferencias insignificantes. Por tales deben tenerse las de 100.000 á 200.000 en los glóbulos rojos, y las de 500 á 1.000 en los leucocitos, cuando su cantidad es normal ó próxima á ella, y la de 2.000 ó 3.000 en las leucocitosis algo acentuadas.

Debe ponerse gran esmero en la limpieza de las pipetas y de la cámara, pues de lo contrario nos exponemos á errores considerables.

Siempre que acabemos de usar dichos aparatos, se lavarán sucesivamente con agua destilada, ácido acético diluido y alcohol-éter. Después, hay que secarlos perfectamente: la cámara, con un lienzo de hilo fino, y las pipetas, aspirando aire por el tubo de goma. Teniendo éstas con la mano cerrada, y dejando libres sus extremos, el calor abrevia la operación.

Cuantas veces tengamos que usarlos, nos aseguraremos antes de su perfecto estado de limpieza y sequedad.



La parte más difícil de la hematología, la más ingrata y la que puede ser origen de mayor número de errores en los poco avezados á estos estudios, es la referente á la confección de las preparaciones y á la determinación de los caracteres de los glóbulos rojos y de las variedades leucocitarias.

Por ser este asunto el que me ha ofrecido más dificultades, expondré algunos detalles, cuya utilidad me ha demostrado mi corta experiencia.

La sangre se obtiene de la yema de un dedo, que debe estar limpia y bien seca; lo cual se obtiene suficientemente lavando con jabón, si se juzga necesario, con la solución de sublimado al 1 por 1.000 y con éter, y acabando de secar después con una bolita de algodón ó mejor con un lienzo de hilo, que no deje pelos.

Estas maniobras deben hacerse con suavidad, evitando grandes frotos.

La picadura, que se practica con la punta de una lanceta (y no con un alfiler porque el dolor, de todos modos insignificante, es igual y á veces mayor con el alfiler, por obligar á repetir la punción la escasez de sangre obtenida, debe ser de tal modo, que con una ligera presión se obtenga suficiente cantidad.



de sangre.

Si es grande la picadura y la sangre se derrama, resulta la operación difícil y poco limpia.

Téngase en cuenta la finura de la piel y el estado de la circulación en el dedo. Aconséjese al sujeto que deje en completa resolución muscular todo el miembro, pues he visto muchas veces en individuos pusilánimes, con el brazo agarrado por el miedo, que una punción bien hecha daba muy poca sangre, y ha bastado la cesación de la contractura para obtener la necesaria.

Hecha la punción, cargadas las pipetas de los glóbulos, y diluida la sangre que nos servirá para determinar la hemoglobina, se procede á la extensión de la sangre en porta-objetos.

Deben ser éstos muy planos, sin estrías ni burbujas, con los bordes esmerilados y estarán muy limpios y bien secos.

Entonces, con algodón ó con el lienzo, se quita la sangre que haya sobre la picadura, operación que se repetirá cuantas veces tengamos que tomar nueva cantidad.

-16.-

Hecho esto, se comprime la yema suavemente, y en cuanto la sangre asoma por la picadura, aproximando un porta, se toma una pequeña gota, que se extenderá deslizando sobre ella con suavidad y rapidez un borde de otro. Cada borde no servirá más que para una preparación, y no se pasará sobre ella más que una sola vez.

Inmediatamente, se agita con fuerza, para que la sangre quede seca lo más pronto posible.

Para que la preparación tenga condiciones óptimas, es preciso que la capa de sangre obtenida sea uniforme, muy delgada y que no rebase los límites de los cubres usados, y éstas son las condiciones que cuestan más trabajo y paciencia para conseguir.

Así como la determinación de la cantidad total de los glóbulos y la de la hemoglobina es relativamente fácil, la obtención de disociaciones buenas, es asunto difícil, que no se logra sino después de haber hecho crecido número de preparaciones, y poniendo gran esmero. Por esto, en muchas de mis primeras observaciones no hago referencia á los datos que suministra el examen de aquéllas

-17.-

Debe ponerse especial cuidado en evitar la influencia de la humedad sobre la sangre, antes de ser fijada. Insisto sobre este punto, porque á pesar de haberme inutilizado muchas preparaciones, algún autor recomienda que se sople sobre la sangre para secarla.

No se haga jamás, pues, si tal se hace, la hemoglobina abandona los glóbulos rojos, que se deformarán y perderán color, vendrá á teñir difusamente la preparación, y después describiremos una serie de alteraciones producidas por falta de técnica.

Nunca se toque con los dedos la región del porta en que se haya de extender la sangre, ni el borde que usamos para ello.

Si se examinan las preparaciones al microscopio antes de fijarlas ( y aun diré que siempre, mientras no estén montadas), evítese, sobre todo en invierno, la influencia del aliento sobre ellas.

Algunas veces , ha bastado para inutilizarme una preparación no fijada, la acción sobre ella del vapor de agua que se desprende de las manos cuando sudan.

-18.-

. Los métodos ideados para fijar y colorear la sangre, son innumerables, lo cual prueba que todos tienen defectos.

Expondré los elegidos, después de ensayar muchos.

#### PROCEDIMIENTO DEL TRIÁCIDO DE EHRLICH.

Los portas con la sangre extendida, se tienen 10 minutos á 110° en una estufa seca.

Después de fríos, se hace actuar sobre ellos el triácido, durante 4 minutos.

Lavado con agua abundante, desecación al aire y bálsamo.

Tiñe de color anaranjado los glóbulos rojos, de violeta las granulaciones neutrófilas, de rojo las eosinófilas, y no colorea las basófilas.

Es buen procedimiento, mas requiere el empleo de la estufa, que es el fijador que menos altera la sangre, pero no siempre se dispone de ella. Pueden sustituirse, aunque imperfectamente, el alcohol absoluto ó el cloroformo puro, recomendados el primero por Bensaude y el segundo por Josué.

#### PROCEDIMIENTO DEL ALCOHOL-ÉTER Y LA EOSINA-HEMATINA.

Inmersión de las preparaciones durante 10 minutos en un frasco de tapón es

merilado, que contenga una mezcla de alcohol absoluto y éter de 65°, á partes iguales.

Desecación al aire. Si las preparaciones se exponen al sol unos minutos, se desecan más pronto y resultan mejor fijadas.

Eosina en solución al 0,50 por 100, 2 minutos.

Lavado en agua.

Hemateína amoniacal de Mäyer ó hematoxilina de Ehrlich, 4 minutos.

Lavado, desecación y bálsamo.

La hemateína tiñe los núcleos de violeta oscuro, y la eosina los hematíes y las granulaciones eosinófilas, de color rojo.

Es un procedimiento sencillo, que he usado preferentemente, obteniendo con él las preparaciones más bellas.

Resaltan todos los elementos con gran claridad, y muy especialmente las granulaciones eosinófilas. Los núcleos, que el triácido tiñe de verde uniforme y con un tinte muy pálido si son de mononucleares grandes ó de transición, muestran bien la red cromática.

No resulta inconveniente de monta el que no se colorean las granulaciones

neutrófilas, pues siendo los leucocitos basófilos muy escasos, pueden contarse por neutros todos aquellos polinucleares que no tienen granulaciones eosinófilas.

Comparando los resultados obtenidos con preparaciones de una misma sangre, teñidas unas por la eosina-hemateína y otras por el triácido, las diferencias han sido siempre muy pequeñas.

Conviene hacer varias preparaciones por si alguna se inutiliza, y para montar aquélla ó aquéllas que reúnan mejores condiciones.

La apreciación de los caracteres de los glóbulos rojos requiere algún cuidado, pues son elementos que se modifican por cualquier nimiedad, y es probable que muchas alteraciones dependan de la técnica.

En efecto: he visto algunas veces que en dos preparaciones de una misma sangre, hechas una después de otra, presentaban los glóbulos caracteres tan distintos, que, no sabiéndolo de antemano, hubiese creído que se trataba de sangres completamente diferentes.

Y es que los hematíes son elementos poco sufridos, y basta con que la capa de sangre sea un poco gruesa ó que tarde algún tiempo en secarse, que la presión

-21.-

ejercida al extender la gota sea un poco brusca, que no se haya evitado la acción de la humedad ó que por cualquier motivo no sea buena la fijación, para que resulten alteraciones profundas. Es más: aun en una misma preparación, siempre se encontrarán puntos en que estén más deformados que en el resto.

Por esto, y sin poner en duda la existencia de poikilocitos en la sangre (los cuales hasta han sido considerados por algún autor como un procedimiento de defensa orgánica por el que el glóbulo en igualdad de masa presentaría más superficie para fijar el oxígeno), es posible que más que glóbulos deformados, lo que contenga la sangre en los vasos sea glóbulos más ó menos deformables y resistentes, que presentarán diferente aspecto, según que las maniobras de preparación les den muchos ó pocos motivos para alterarse.

Así pues, si se quiere hacer constar los caracteres de los glóbulos rojos, es preciso, además de poner gran cuidado en la confección de las preparaciones, no fiarlo todo al aspecto que presenten éstas ya montadas, sino examinarlas también antes y después de fijarlas, y en todos sus parajes.

En mis observaciones sólomente cito estos datos, cuando ofrecen alguna par-

ticularidad y tengo suficientes garantías de certeza.

He visto que, casi siempre, las alteraciones de tamaño, color y forma suelen guardar proporción.

Para determinar la cantidad relativa de las variedades de leucocitos, he contado y clasificado, por lo menos, 500, examinando las preparaciones en todas sus zonas.

Es operación entretenida que se abrevia bastante y gana en comodidad y exactitud con el empleo de una platina móvil.

Para que los datos resalten con claridad, he referido la proporción á ciento y he suprimido cifras decimales.

La riqueza y el valor globulares, pueden obtenerse con las sencillas fórmulas que siguen:

$$R = H \times 50.000.$$

$$G = \frac{H \times 50.000}{N}.$$

R. es la riqueza globular, H. el número de centésimas que nos da el hemoglobímetro, G. el valor globular y N. el número de glóbulos rojos por milímetro cúbico.



-23.-

bico.

Las variaciones fisiológicas de los glóbulos rojos y de la hemoglobina tienen poca importancia. En cuanto á los leucocitos, he visto que aumentan algunas veces con la digestión y el período menstrual.

Salvo rara excepción, que se hace constar, he practicado siempre los análisis antes de la comida del mediodía, á fin de que los datos reúnan las mayores condiciones de exactitud.

-++++++!++++-

-24.-

-II-

### I N F E C C I O N E S .

El interés de los estudios hematológicos en las infecciones, y sobre todo en las agudas, puede afirmarse que recae por completo sobre el glóbulo blanco.

Este elemento, prototipo de células activas que ya en estado normal desempeña funciones múltiples, adquiere extraordinaria importancia en las enfermedades infecciosas, y el papel que cumple como factor principal encargado de la defensa orgánica constituye hoy uno de los asuntos mejor averiguados.

Es bien sabido que una de las manifestaciones de dicha defensa es el aumento en la cantidad normal de leucocitos que contiene la sangre, la leucocitosis, y el estudio de ésta es la que nos proporcionará los datos más precisos y de mayor aplicación en clínica quirúrgica.

También los glóbulos rojos y la hemoglobina sufren la influencia de la infección; pero sus modificaciones son menos claras, aún no están perfectamente determinadas, y, por tanto, resultan de utilidad secundaria.

Indicaré primero con algún detenimiento las variaciones de la sangre en la

-25.-

infecciones agudas, y después me ocuparé brevemente de la tuberculosis, infección crónica la más importante en cirugía, y única que, por su frecuencia, me ha permitido recoger algunas observaciones.

#### A. - INFECCIONES AGUDAS.

Hemos dicho que los datos de más valor en estas infecciones, los suministra el examen de los leucocitos, y por estos comenzaremos el estudio para indicar después las modificaciones relativas á los glóbulos rojos y á la hemoglobina.

Gracias á los trabajos de multitud de observadores, al frente de los cuales figura Metchnikoff, sabemos que la leucocitosis es una reacción defensiva esgrimida por el organismo contra las infecciones, y por tanto, para manifestarse necesita el concurso de dos factores: de una parte el estímulo, de otra el organismo que reacciona.

Indiquemos acerca de cada uno de estos elementos algunas ideas fundamentales, que nos serán útiles para la recta interpretación de las variaciones leucocitarias.

El estímulo es aquí la infección, y desde luego hay que distinguir dos gru

pos de infecciones agudas:

1º Infecciones que, sea por el motivo que quiera, no despiertan, ó solicitan muy poco la reacción leucocitaria: al frente de ellas está la fiebre tifoidea, con algunas otras que caen bajo el dominio de la medicina, y por ello interesan poco al cirujano.

2º Infecciones que producen leucocitosis: á éstas corresponden las ocasionadas por los microbios vulgares de la supuración, que son los agentes responsables del mayor número de infecciones quirúrgicas agudas, y de aquí el gran servicio que el examen de la sangre presta á la **cirugía** en dichas enfermedades.

La reacción producida por cada uno de dichos microbios no es específica, y todos ellos obran por el grado de infección que determinan, según su cantidad y virulencia.

En igualdad de circunstancias, la leucocitosis es proporcional á la intensidad de la infección; pero si ésta adquiere un grado extremo de virulencia ó aparece ya con este carácter, los leucocitos pueden descender rápidamente alrededor de la cantidad normal y aún por debajo, ó puede saltar la leucocitosis desde el

principio.

Es cosa que por natural no extraña, la proporcionalidad entre la infección y leucocitosis; pero que algunas veces no se presente ó desaparezca ésta, cuando aquélla es ó se hace muy intensa, resulta paradójico á primera vista.

Sin embargo, si tenemos en cuenta el verdadero valor de la infección, pronto nos daremos cuenta del hecho.

La infección, en último resultado, no es más que un envenenamiento producido por las toxinas microbianas, y éstas, por especial que sea su origen, no escapan á la ley de excitación inicial y depresión final de todos los venenos.

¿Qué sucede con éstos?. Que administrados en pequeña dosis, variable según su naturaleza, determinan una acción estimulante, la cual, si se aumenta aquélla, ó no se presenta, ó apenas iniciada, la sustituye inmediatamente la depresión y el aniquilamiento.

Además en este punto, algunos hechos experimentales vienen á confirmar las ideas, pues Tchistecvitch ha visto que mientras el pneumococo de escasa virulencia determina en el conejo una leucocitosis intensa, ésta es poco marcada si la

virulencia es grande.

Williamson, también demuestra experimentalmente que en las infecciones muy virulentas, si hay leucocitosis, no es más que un bosquejo de ella, sustituida pronto por leucopenia.

Pero no es la leucocitosis función de microbio sólo, el cual, con sus toxinas, constituye el excitante; el organismo es el que reacciona, y este segundo factor tiene también su importancia.

Si la reacción dependiera exclusivamente de la naturaleza y cantidad del germen, no había para qué describir distintas formas en las enfermedades infecciosas, según las condiciones del individuo en que recaen, y los clínicos de todos los tiempos han sabido mucho antes de que se descubriera el pneumococo que la pulmonía ofrece caracteres muy diferentes, según que la padezca un niño, un adulto, un viejo, un individuo sin taras patológicas, un diabético ó un alcohólico.

Asunto es éste, acerca del cual se sabe muy poco; pero si no conocemos aún á fondo la influencia del factor organismo en las leucocitosis infecciosas, tam-

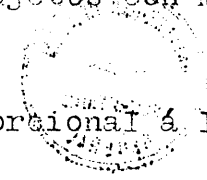
bién hay algunos datos que permiten vislumbrar su interés.

Chatenay, ha demostrado con toxinas microbianas (difteria y tétanos), vegetales (abrina y ricina), y animales (veneno de serpiente cobra), que una intoxicación por dichos venenos, mortal para los animales, en condiciones ordinarias produce leucopenia; mientras que la misma cantidad de veneno en los animales vacunados ó en vías de vacunación, produce siempre leucocitosis.

Rieder, Verigo, Achard y Leper, han visto que las infecciones experimentales producen primero una fase de leucopenia, que generalmente es muy pasajera, y va pronto seguida de leucocitosis, y que esta primera fase sólo falta en los animales previamente vacunados contra el microbio que se inyecta.

Existe otro hecho que ha llamado mi atención sobre este punto, por haberle comprobado repetidas veces, y es que, como luego veremos, las intervenciones quirúrgicas producen inmediatamente un aumento de leucocitos en la sangre, y cuando ha faltado dicha reacción, casi siempre se trataba de sujetos con muy pocas energías y estado general grave.

En resumen, podemos decir que la leucocitosis es proporcional á la intoxi-



-30.-

cación determinada por el agente infeccioso, siempre que ésta no alcance un grado excesivo, y á las energías reaccionales del enfermo.

¿Qué alteraciones sufre la proporción de las distintas variedades de leucocitos?

Aumento en los polinucleares neutrófilos, disminución en los linfocitos, desaparición de los eosinófilos.

Apuntadas estas nociones generales, veamos en detalle lo que ocurre con las infecciones agudas, y el servicio que en ellas puede prestarnos el examen de los leucocitos.

Los observadores que se han ocupado de este asunto, están acordados en clasificarlas del siguiente modo:

Infecciones ligeras, que producen leucocitosis pequeñas y de escasa duración,

Infecciones de mediana intensidad, con leucocitosis manifiesta, pero no excesiva,

Infecciones graves, con leucocitosis exagerada,



. Infecciones gravísimas, con predominio de síntomas tóxicos, en que la reacción es muy pequeña, falta, y, á veces, hasta se encuentra una cantidad de leucocitos inferior á la normal.

¿Y qué debemos entender por leucocitosis pequeñas, medianas y exageradas? Poco más ó menos, las que alcanzan de 10.000 á 15.000, de 15.000 á 20.000 ó 25 mil, y desde esta cantidad en adelante.

Citaré como ejemplos de infección:

Ligera, la observación 2ª

Mediana, el enfermo de la observación 21, pocos días después de operado.

Grave, las observaciones 4 y 7.

Gravísima, la observación 5.

En este último caso, la cantidad de leucocitos viene á ser análoga á la que se observa en las infecciones ligeras. Aquí, el examen de la sangre por sí sólo, nos induciría á error. Pero en estas circunstancias, la clínica, demostrando una infección con estado general grave y la pequeña leucocitosis la reacción insuficiente, prueban la situación apurada en que se encuentra el enfermo.

Si, por el contrario, se tratase de una infección ligera, veríamos armonía entre el estado de aquél y el de su sangre, como sucede en la observación 2.

De aquí, la necesidad reconocida por todos de unir á los datos que nos suministra el microscopio, los que nos da la clínica, y, con el concurso de ambos, obtendremos la solución de muchos problemas irresolubles si nos atenemos exclusivamente á unos ú otros.

Muchos autores han encontrado en estas toxemias gravísimas una verdadera disminución en el número de los leucocitos. En las pocas observaciones recogidas por mí, siempre he visto leucocitosis, aunque pequeña ó poco intensa.

Mas, si con estas nociones podemos formarnos una idea bastante exacta sobre el estado del enfermo, cuando son claras y bien marcadas, existen casos dudosos y buen ejemplo es el que sigue:

Cuando vimos por la mañana el enfermo de la observación 1, herida penetrante del vientre, su estado parecía bueno: temperatura normal, pulso un poco frecuente 90 y amplio, ningún síntoma de reacción peritoneal. Pero, ha desaparecido la zona de macidez hepática, y el análisis de la sangre de 20,000 leucocitos co

-33.-

90 polinucleares y ningún eosinófilo.

¿Qué hacer?. Lo que dispuso el Dr. Ribera con el buen sentido que le caracteriza: preparar inmediatamente lo necesario para intervenir, si es preciso, y observar el enfermo.

Por la tarde vuelve á la clínica el Dr. Ribera. El paciente continúa en el mismo estado: 37°7 con 87 pulsaciones, el vientre sin novedad, el análisis de la sangre nos da 17.200 leucocitos. Esto prueba que la infección no aumenta y que tiende más bien á bajar. Por tanto, no hay necesidad de intervenir. El descenso gradual de los leucocitos y de los polinucleares con reaparición de los eosinófilos y el buen estado del enfermo en los días siguientes, nos demostró que el proceso estaba vencido, y que se obró bien no interviniendo precipitadamente.

¿Qué enseña este caso?. Una reacción bastante notable con infección pequeña, lo cual no nos extraña, pues, como ya hemos dicho, la leucocitosis no depende sólo del microbio, sino de éste y del organismo, y una misma infección producirá efectos diferentes en distintos individuos, según sus aptitudes reaccio-

nales.

Ahora bien, como no podemos juzgar exactamente sobre estas aptitudes, y muchas veces la virulencia del germen no se presenta de un modo claro, lo que procede en estos casos es observar al enfermo y repetir los análisis, sustituir la observación aislada por la observación en serie, obtener curvas leucocitarias, como se obtienen curvas térmicas, del pulso y de la respiración.

Y ya de este modo, preciso es reconocer que las curvas leucocitarias prestan un gran servicio á la clínica demostrándonos la marcha del proceso, sobre la cual no podemos juzgar por la observación aislada.

Las observaciones repetidas demuestran, que:

Si á pesar de una infección fuerte los leucocitos no aumentan, el pronóstico es grave, ejemplo: observación 3.

Si aumenta ó persiste elevada, á la infección le ocurre lo propio, ejemplo observación 50.

Si después de llegar al apogeo, baja, pueden ocurrir dos casos: 1º descenso gradual con mejoría del enfermo, pronóstico favorable, observación 56. 2º des-

censo brusco sin mejoría ó con agravación, pronóstico gravísimo, observaciones 4 y 7.

Hemos dicho que leucocitosis creciente señala casi siempre infección que aumenta; pero, alguna vez, aunque rara, sucederá lo contrario. En efecto: puede ocurrir que el organismo, dominado por una toxemia excesiva, no presente reacción y que al disminuir aquélla aparezca ésta.

Así, el enfermo de la observación 7. en los días 6 y 7 presenta una leucocitosis fuerte, que indica infección grave, que se hace gravísima el día 10, según lo demuestra el descenso brusco de los leucocitos, coincidiendo con un estado alarmante. El análisis de la sangre dos días después de la intervención, señala un nuevo ascenso. ¿Por qué?. Porque el organismo, vencido antes por la intoxicación excesiva, se ve ahora libre de la mayor parte del foco infeccioso, y reacciona.

La leucocitosis agónica, negada por unos, admitida por otros, y explicada por diferentes mecanismos, todos ellos insuficientes, la he visto dos veces que he podido analizar la sangre en estas circunstancias: una en la observación 50

-36.-

y otra en la 65, caso notable por más de un concepto.

Respecto á la precocidad de las reacciones leucocitarias y á la exactitud de sus **datos**, mayor muchas veces que los suministrados por la temperatura, pueden verse las observaciones 49, 50, 56 y 59.

Muchos autores, y sobre todo Gurschmann en la apendicitis, han insistido sobre el gran valor que da al examen de la sangre esta prontitud en la reacción.

Las oscilaciones en la cantidad relativa de las variedades de leucocitos, generalmente guardan proporción con las que sufre la absoluta. El aumento de ésta se verifica principalmente á expensas de los polinucleares neutrófilos, que ascienden á 85, 90 y hasta 95 por 100, con disminución de la cifra de los linfocitos y desaparición de los eosinófilos.

En mis observaciones, me ha parecido más fiel la cantidad absoluta que la relativa, y en cuanto á ésta, resultan más exactos los datos suministrados por los eosinófilos.

Estos leucocitos desaparecen por completo de la sangre, ó disminuyen considerablemente con la infección. Cuando ha pasado ésta ó se encuentra muy atenua-

da, reaparecen, constituyendo entonces su hallazgo un signo de buen pronóstico, un verdadero estigma de convalecencia.

Muchas veces, al presentarse de nuevo, rebasan sensiblemente la cantidad normal, y se produce una verdadera crisis eosinófila. Además de otros casos menos notables, pueden verse las observaciones 19 y 67.

El examen de los glóbulos rojos y de la hemoglobina en las infecciones agudas, tiene mucho menos interés que el de los leucocitos.

Que dichas enfermedades destruyen glóbulos rojos y, más aún, hemoglobina, es cosa bien sabida desde los comienzos de la hematología, lo atestigua también la mayor cantidad de pigmentos que en ellas contiene la secreción urinaria, y además modernamente Besredka ha demostrado que el estreptococo segrega in vitro una diastasa hemolítica, que Bretón ha visto producirse también en los animales infectados por dicho microbio.

Pero, si todo esto es verdad, no lo es menos que durante el período agudo

de las infecciones que nos ocupan, que es precisamente donde tendría más interés para nosotros averiguar con exactitud las mermas sufridas por la sangre en glóbulos rojos y en hemoglobina, los cambios que en ellos se encuentran son muy irregulares y no permiten sentar conclusiones de interés práctico.

En algunas infecciones médicas, como la pulmonía, la fiebre tifoidea y la difteria, se han encontrado hasta verdaderas hiperglobulias durante su período activo.

Y es que en esta fase de las infecciones, el efecto hemolítico de las toxinas, variable con la naturaleza, intensidad y duración del ataque, está enmascarado por el espesamiento que sufre la sangre, debido tal vez á condiciones vasomotoras, al régimen á que se encuentran sometidos los enfermos, á las pérdidas de agua que suponen los sudores copiosos y las diarreas abundantes, y puede ser que á otras influencias desconocidas.

Al principio de la convalecencia es cuando la sangre muestra la depauperación ocasionada en ella por la enfermedad. Entonces, absorbe con avidez el agua, se diluye, recupera su masa, y bajan considerablemente los glóbulos y la hemoglobina.



bina.

No obstante la complejidad del asunto, Silhol, en su tipo de intoxicación que es el de las infecciones gravísimas, á la falta de leucocitos, añade la disminución considerable de los glóbulos rojos, y sobre todo la hemoglobina.

No he visto este descenso más que en la observación 4., de septicemia puerperal, donde se produjo antes de presentarse la hemorragia.

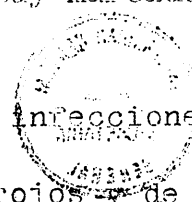
En el enfermo de la observación 7 bajaron, la hemoglobina á 0,19, y los glóbulos rojos á 944.000; pero si en este caso había infección grande, el factor principal fué la hemorragia.

En la 50 bajan también, aunque no mucho.

En la 49 se inicia el descenso, pero no pude seguir la observación por causas ajenas á mi voluntad.

En cambio, en la observación 59 encuentro un descenso muy marcado, sin saber á qué causa atribuirle.

Pero no es esto solamente lo raro, sino que en algunas infecciones graves, y aun gravísimas, he visto una cantidad normal de glóbulos rojos y de hemoglobi



-40.-

na, y hasta aumento. Como ejemplos, pueden verse las observaciones 3, 5 y 6.

En otro caso, que no cito aparte por faltarme algunos datos; una enferma con peritonitis consecutiva á una oclusión intestinal que databa de seis días, presentaba esta sangre.

H.....105.

R.....5.064.000.

	P.....	65.
	L.....	25.
L.....17.600.----	M.....	7.
	T.....	3.
	E.....	0.

Hice el análisis por la mañana. Entonces la temperatura era de 38°,5; pulsaciones 115, muy pequeñas; la enferma ofrecía mal aspecto.

Por la tarde, 38°,8, pulso casi imperceptible y con intermitencias, 44 inspiraciones, agonía, y muere por la noche.

Los casos citados anteriormente, prueban que el carácter atribuido por Si-lhol á las infecciones muy graves no es de gran valor, y que en modo alguno autoriza un pronóstico favorable el encontrar una cantidad normal y aún mayor de

-41.-

glóbulos rojos y hemoglobina, y que su disminución acentuada puede observarse sin ninguna complicación.

Ya he dicho que en ciertas infecciones médicas se han encontrado también hiperglobulias relativas, determinadas por una concentración de la sangre, de patogenia poco precisa.

En algunas de las observaciones indicadas y en otras que mencionaré, me parece indudable la influencia de la privación de alimentos sólidos y líquidos.

Hayem, Cadet, Reyne, Rousse y Wilder, han demostrado en el hombre y en los animales que la abstinencia produce aumento en los glóbulos rojos y la hemoglobina, por concentración de la sangre.

Lo mismo se ha podido comprobar con los estudios hechos en ayunadores y en las histéricas durante los períodos de sueño prolongado.

La sangre vuelve á sus caracteres normales al poco tiempo de restablecerse la alimentación.

Puede verse demostrada con mucha claridad la influencia de que trato, en la observación 2ª. La enferma, que padece una hernia crural con cinco días de estra

-42.-

gulación, se ve sometida al ayuno absoluto por vomitar cuanto ingiere. Glóbulos rojos y hemoglobina que están bastante aumentados antes de la operación, después de ésta bajan rápidamente.

La enferma de oclusión intestinal con peritonitis, antes citada, y el enfermo de la observación 3ª con el mismo padecimiento, se encuentran en condiciones análogas á las de la hernia crural.

El enfermo de la observación 6, angina de Ludwig, no puede tragar.

Entre los tumores, véanse dos observaciones curiosas: una, la 39, de cáncer del esófago, y otra, la 51, de cáncer pilórico, en las cuales la composición de la sangre no está en armonía con el grado de caquexia de los enfermos.

Con lo dicho, queda probado que la privación de alimentos es factor digno de tenerse en cuenta; pero no siempre nos dará la explicación de los hechos, pues el enfermo de la observación 5 padece una infección gravísima, no vomita, y sin embargo la cantidad de glóbulos rojos y de hemoglobina es normal, y en el de la 3 á pesar de las inyecciones de suero y de que tolera la leche después de operado tampoco bajan.

En cuanto llevo expuesto, he omitido de intento tratar del pus, porque las alteraciones de la sangre son debidas á la infección y no á éste, y, dada la importancia del asunto, pensaba dedicarle algunas consideraciones aparte, haciéndolo aquí al terminar con las infecciones agudas y antes de entrar en las crónicas, porque el fenómeno de que voy á ocuparme acompaña á unas y otras.

Se observa en los autores una tendencia marcada á dar al pus una individualidad que no tiene, cuando hablan de las alteraciones ocasionadas en la sangre por la supuración, de las grandes leucocitosis que ésta produce, y no debemos olvidar que, por importante que sea el papel que desempeña el pus en cirugía, éste no es la infección, sino una consecuencia; ésta es la causa, aquél un efecto.

Así es que Julliard, por ejemplo, que trata bien el asunto de la leucocitosis infecciosa, incurre en un error grave al decir que ésta parece depender más bien de la existencia del pus que de la fiebre.

Ya Silhol en su Tesis entrevé la verdadera significación del pus, la leucocitosis y la infección, aunque sin acabar de explicarla, cuando después de hacer constar que de dos casos con leucocitosis distintos, en el que era mayor no ha-

bía pus y en el otro sí, dice que " no es hablando con propiedad porque haya pu por lo que el organismo produce la leucocitosis, sino porque las condiciones en las cuales se encuentra el pus, son en general las condiciones favorables á la producción de leucocitosis, ó sea una infección clara bastante lenta para permitir que el organismo se defienda".

La supuración es un modo de reacción local, la leucocitosis una reacción general.

Ahora bien: las infecciones muy atenuadas, se manifiestan localmente por una simple reacción hiperémica, y en la sangre ya hemos dicho que producen leucocitosis muy escasa. Si son más intensas, pero sin alcanzar un grado extremo de virulencia, en el punto de inoculación, quimiotaxis positiva, aflujo considerable de glóbulos blancos, supuración; en la sangre, leucocitosis variable con las aptitudes reaccionales del enfermo. Si son muy fuertes, localmente fenómenos de mortificación, quimiotaxis negativa, ausencia de leucócitos, no se forma pus; en la sangre, generalmente leucocitosis muy escasa, falta completa de reacción ó leucopenia.

Y he aquí porqué las leucocitosis acentuadas suelen presentarse en las supuraciones sin depender de éstas y coincidiendo con ellas.

No es el pus el que produce la leucocitosis, pues hay colecciones purulentas y supuraciones que no la determinan, y cuando existe no depende tanto de la extensión del proceso como de su virulencia, sin que pueda señalarse un límite en el número de leucocitos que nos indique con exactitud cuándo hay pus ó no lo hay en una infección.

Con ser de ordinario elevada la leucocitosis en las supuraciones agudas, no es éste su principal carácter y nos expondríamos á bastantes errores queriendo diagnosticar el pus, sin más norma que el número de glóbulos blancos contados en un sólo análisis.

Ya he dicho que Silhol ha encontrado en algunas infecciones no supuradas, leucocitosis más fuertes que en otras con supuración. \*

Véase en el caso número 6 una supuración abundante con 15.700 leucocitos, y en el número 56 una infección muy ligera con 22.200.

En la supuración, el dato de más valor, aunque tampoco absoluto, es la leu

leucocitosis persistente, la cual demuestra que el organismo tiene energías defensivas y la probabilidad de que á la reacción general acompañe otra local, que necesita algún tiempo para llegar á constituir el absceso.

Ya formado éste, puede suceder que el pus salga al exterior naturalmente ó con auxilio del arte, ó que permanezca retenido.

En el primer caso, disminuye la leucocitosis, no porque salga el pus, sino porque con él se elimina una gran cantidad de microbios que intoxicaban el organismo. Si la infección estaba reducida al absceso que se vacía, si un buen desagüe y las curas barren con el pus el germen, los leucocitos bajan pronto á su cifra normal y la eosinofilia no tardará en presentarse. Si el desagüe es insuficiente, si existe otro foco, si la enfermedad se ha generalizado, la evacuación del absceso influirá poco en la curva leucocitaria.

Cuando el pus no encuentra salida ni se le da el bisturí, también pueden ocurrir dos cosas:

1º La infección es superior á las energías orgánicas, el absceso crece y la intoxicación se hace mortal: la leucocitosis persiste, aumenta, y el enfermo muer-



re defendiéndose, ó tras el aumento viene la baja en la curva y la infección acaba con él, después de rendirle.

2º Las energías individuales superan á las del ger-men, la fagocitosis y el estado bactericida le atenúan, el pus se enquista, ó mejor dicho, le enquista el organismo porque no le opone obstáculo para ello su escasa virulencia: la leucocitosis baja aunque persiste el pus, y desaparecerá en cuanto los glóbulos blancos que contiene acaben con la vitalidad del invasor.

Los cirujanos que han estudiado la leucocitosis en la apendicitis, y especialmente el Dr. Feddermann, han visto que aquélla no existía ó era muy pequeña en los casos de abscesos apendiculares perfectamente enquistados.

Esto se debe, no á que el enquistamiento impida la absorción de toxinas, sino á que dichas colecciones no tienen ninguna virulencia ó ésta es muy escasa.

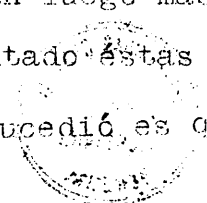
Que el enquistamiento no impide la absorción de toxinas y la leucocitosis, lo demuestran las observaciones 70 y 71.

La primera es de un quiste hidatídico supurado, voluminoso, sin que el pus determine ninguna reacción general, pero el análisis de la sangre da 12.400 leu-

cccitos, con 90 polinucleares y 2 por 500 eosinófilos; prueba de que, aun enquistado el pus, permite pasar á la sangre productos que determinan la leucocitosis. Pone de manifiesto este caso también, la gran sensibilidad de las variaciones leucocitarias, puesto que el pus no determina ninguna otra reacción que permita sospechar su existencia.

La segunda es de otro quiste análogo al anterior; pero no hay aumento en los leucocitos 4.700, y este hecho parece demostrar la falta de absorción. Mas no es así, porque después de evacuar y marsupializar el quiste, continúa la supuración, aparece la fiebre, y al cabo de algún tiempo, cuando todavía persisten estos fenómenos, pero atenuados, se cuentan 14.800.

Aquí, evidentemente, hay absorción de toxinas que producen la fiebre y la leucocitosis ( que con seguridad se hubiera encontrado más elevada, de haber practicado antes el examen de la sangre), á pesar de haber desaparecido la presión del quiste al abrirle. Y no es que sus paredes sean luego más permeables por el hecho de la intervención; al retraerse han aumentado éstas en resistencia y perdido en permeabilidad, pero lo que sin duda sucedió es que el pus con



tenido primeramente no era virulento, y el que vemos en el curso postoperatorio lo es, debido á una infección exógena.

De modo que si la pared del quiste no es una barrera infranqueable para la toxinas, preciso es reconocer á priori que las supuraciones enquistadas sin leucocitosis no tienen virulencia, y que, cuando la tengan, aquélla estará en relación con ésta.

Y efectivamente, así es. El sólo hecho de enquistar el pus, ya prueba la escasa energía de sus gérmenes, dominados por las defensas orgánicas, pues las infecciones y supuraciones virulentas destruyen y mortifican cuanto se opone á su tendencia expansiva. No pierde el pus virulencia porque se enquiste, sino que se enquista porque es poco virulento.

La clínica ha demostrado que cuando el pus no se acompaña de leucocitosis, es inofensivo; no resulta perjuicio de que se derrame, por ejemplo, en el peritoneo, se comporta como si fuera estéril, pero falta la prueba bacteriológica del hecho.

He realizado algunas tentativas sobre este punto, que, aunque escasas á in

-50.-

completas, vienen á confirmar los datos hematológicos y clínicos.

El enfermo de la observación 24 tiene un absceso por congestión, grande con 5.200 leucocitos. Inoculo 2 c. c. del pus bajo la piel del vientre de un conejillo de Indias, y no se produce ningún accidente local ni general. El pus era estéril.

Al enfermo de la observación 56 se le hizo una gastro-enterostomía por estrechez cicatricial del píloro. Cuando se levantó el apósito, quedé sorprendido al ver una supuración copiosa en la herida, pues si la temperatura subió algo una tarde y los leucocitos habían sufrido un aumento en los primeros días coincidiendo con síntomas peritoneales, éstos fueron fugaces, estaba ya iniciado el descenso en los leucocitos con la reaparición de los eosinófilos, y la temperatura más bien era baja desde algunos días antes.

Por la rareza del hecho, tomé sangre y pus con las debidas precauciones, para evitar una contaminación accidental.

El análisis de los leucocitos dió:

P.....	75.
L.....	13.
9.600.---M.....	3.
T.....	3.
E.....	6.

-51.-

Con el pus hice inmediatamente una inoculación idéntica á la anterior, una siembra en agar y varias preparaciones.

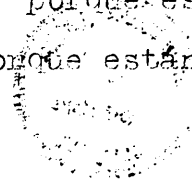
En éstas, aunque escasos, encuentro cocos.

La siembra produce colonias puras del estafilococo amarillo.

El conejo sólomente pasa dos días abatido y comiendo poco, pero en seguida presenta su aspecto habitual, y en el punto de inoculación no se observa ninguna particularidad.

¿Cómo interpretar los hechos?

Se ha producido una infección de escasa virulencia primitiva ó atenuada por el enfermo. La reacción local, tal vez por tratarse de un organismo resistente, es exagerada. Las toxinas, por ser escasas y encontrar con el pus fácil salida al exterior, penetran en pequeña cantidad en la sangre, y de aquí la insignificancia de la leucocitosis. El pus contiene microbios, porque las preparaciones lo demuestran; proliferan en el agar, porque están vivos; y no producen septicemia ni supuración en el conejillo, porque están atenuados.



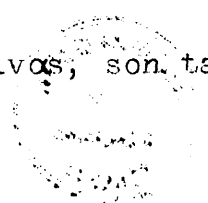
. En la observación 25, un absceso crónico, da la sangre 8.900. En una preparación del pus hecha por el método de Gabbet, no se encuentra ningún microbio.

El enfermo de la observación 17 padece una coxalgia con absceso grande, pero sin fistulas, cerrada. 10.900 leucocitos. La siembra en agar da colonias de estafilococos.

Véase, pues, cómo la primera observación citada demuestra que no es el pus el causante de la leucocitosis. Aquél puede ser esterilizado por el organismo, y entonces viene á convertirse en un cuerpo extraño inofensivo por sí y tolerado sin protesta por los leucocitos.

Prueba la segunda que, no ya el pus, sino la supuración en actividad, tampoco es el factor responsable directamente del aumento en los glóbulos blancos, pues hay una desproporción grande entre la ligera leucocitosis que se observa (con eosinofilia bien marcada por cierto) y la supuración abundante de la herida.

La tercera y cuarta, aunque menos demostrativas, son también dignas de tenerse en cuenta.



-53.-

Con lo dicho, quedan indicados los principales datos que nos suministra el examen de la sangre en las infecciones agudas y en las supuraciones, no entrando en pormenores relativos á cada enfermedad, porque se deducen fácilmente de lo expuesto, teniendo en cuenta las circunstancias particulares que acompañen á cada caso.

-+++++



B. - TUBERCULOSIS.

. Por extraño que parezca el hecho, es lo cierto que, en la tuberculosis, el factor menos conocido, aquél cuya influencia sobre la composición de la sangre no está determinada aún de una manera clara y precisa, es la tuberculosis misma, la acción del bacilo de Koch y sus toxinas. Ello es debido á que las lesiones tuberculosas iniciales, las debidas al bacilo de Koch en estado de pureza, además de ser raras en la clínica, producen alteraciones hémicas insignificantes, y á la frecuencia y precocidad con que vienen á sumarse á ellas las infecciones secundarias.

El glóbulo blanco que, como ya hemos visto, constituye el elemento de la sangre más sensible á la infección, no manifiesta ninguna particularidad mientras la tuberculosis está localizada é indemne de asociaciones microbianas, y en las observaciones pueden verse repetidos ejemplos de ello.

Son tan pequeñas las variaciones sufridas por los leucocitos en estas circunstancias, que de los estudios hematológicos hechos por Achard y Loeper, Lacapère y Van de Bulcke en la tuberculosis experimental, si en algo coinciden los resultados



es precisamente en la insignificancia de las mismas.

Se sospecha si en los períodos de agudización del proceso, aun siendo las lesiones puras, surgirían los leucocitos un ligero aumento; pero tampoco está demostrado de un modo evidente.

En los casos que he podido observar, la leucocitosis se presenta en las lesiones tuberculosas supuradas, sobre todo si son abiertas, y en las que se acompañan de localización pulmonar; alcanzando las cifras más altas, en el período de la fiebre héctica. De modo que guardan armonía con las alteraciones ocasionadas por los agentes de la supuración.

Algún autor cree que cuando un absceso se acompaña de leucocitosis débil, se debe á la infección bacilar pura, lo cual no es cierto, pues en la observación 17, ya citada al tratar de la supuración, hemos visto que en dicho caso de coxalgia había un absceso sin comunicación con el exterior, que los leucocitos solamente llegaban á 10.900, y, sin embargo, la siembra del pus demostró la existencia de estafilococos. Además, puede verse la observación 18, en la cual una artritis tuberculosa supurada y abierta, y que, por tanto, no cabe duda en la

intervención de los microbios piógenos, determina un aumento aún más débil , 9.000.

Más conforme con mis resultados está la opinión de Stuart Maclean al afirmar que " En una lesión únicamente tuberculosa, con ó sin pus, no hay leucocitosis ni siquiera modificaciones de la sangre. Si una artritis tuberculosa se infecta de microbios piógenos, el número de leucocitos aumenta".

Y este es el único servicio que parece prestar á la clínica el examen de los leucocitos. Si ante una lesión que sospechamos sea de naturaleza tuberculosa, la cantidad de aquéllos es normal, este dato vendrá en apoyo de nuestras presunciones. Si evidentemente es de origen tuberculoso, cuando no hay aumento, intervendrá el bacilo de Koch sólo, y si lo hay, aunque sea pequeño, existe una infección secundaria. Ahora bien, el examen hematológico no nos indica el asiento de ésta, y para localizarla sobre la lesión tuberculosa de que se trate, es preciso que un reconocimiento clínico detenido descarte la posibilidad de que la leucocitosis sea ocasionada por alteraciones que recaigan en otro punto.

Es circunstancia digna de tenerse en cuenta, la irregularidad con que reac-

cionan los leucocitos en los tuberculosos caquécticos, hasta frente á las mismas infecciones vulgares, debido al agotamiento de los órganos hematopoyéticos, que no responden ya de una manera franca á los estímulos del agente infeccioso. Y así por ejemplo, en el enfermo de la observación 21, cuando ya se ha desarrollado la tuberculosis pulmonar y se encuentra en el período de la fiebre héctica, á pesar de ella y de la enorme supuración de la rodilla, en la sangre no se cuentan más que 11.600 leuccitos.

Los glóbulos rojos y la hemoglobina tampoco se alteran de un modo notable hasta que las supuraciones, las hemorragias, las degeneraciones viscerales y las deficiencias en la nutrición han debilitado considerablemente el organismo.

La cantidad de hemoglobina indica mejor que el número de glóbulos el estado del enfermo.

Ocorre con éstos un fenómeno singular, y es la frecuencia con que se encuentran en cantidad normal ó próxima á ella, en tuberculosos con caquexia avanzada, y en los cuales, sin hacer el análisis de su sangre, á juzgar por el aspecto que ofrecen, se espera verles muy disminuídos.

Tan cierto y extraño es el hecho, que más de una vez, sobre todo en los primeros casos observados y antes de tener conocimiento de esta particularidad, llegué á creer que algún descuido en la técnica era la causa del que yo creía error. Pero, la repetición de los análisis con toda clase de precauciones y después de haber comprobado el hematímetro con una sangre normal, me convencieron de la exactitud de los resultados.

Como ejemplo de discordancia notable entre el estado del enfermo y el número de glóbulos, véanse las observaciones 11, 14, 20 y 21.

Aquí, como en algunas infecciones agudas, hay también una falsa hiperglobulia, pues la toxemia profunda que sufre el organismo, la caquexia y la desnutrición, no constituyen el estado más propicio para que los órganos hematopoyéticos suministren elementos en cantidad suficiente para darnos cuenta de la cifra elevada de glóbulos que contiene la sangre.

Los autores han tratado de explicar el fenómeno por mecanismos distintos sin que ninguno de ellos tenga un valor absoluto.

Para unos, serían responsables los sudores y las diarreas.

. Para otros, las toxinas producirían una modificación en los cambios osmóticos, que haría pasar la parte líquida de la sangre, en exceso, á los linfáticos.

Grawitz ha obtenido una concentración de la sangre en los animales inyectando tuberculina ó extractos tuberculosos; por lo cual Evving admite que el encontrar una sangre aproximadamente normal en un tísico avanzado, lejos de ser un signo de buen augurio, es, por el contrario, indicio de una reabsorción considerable de toxinas tuberculosas.

Bezançon y Labbé creen que en los tuberculosos disneicos habría un verdadero proceso hiperglobúlico de defensa, destinado á luchar contra la insuficiencia de la hematosis.

Sea cual fuere la patogenia, el hecho es innegable y conviene tenerle presente, para no dejarnos llevar de optimismos ante una cantidad elevada de glóbulos rojos en un tuberculoso. El examen de la hemoglobina siempre nos proporcionará datos más en armonía con la realidad de las circunstancias, y contribuirá á desvanecer las dudas que deje el examen de los glóbulos.

-60.-

-III-

TUMORES.

. Si los tumores que radican en órganos superficiales, aquéllos que se encuentran bajo la acción directa de nuestros sentidos y que, por tanto, podemos reconocer perfectamente en todos sus detalles, suscitan pocas dudas al clínico; en cambio, los profundos, y, sobre todo, los contenidos en las cavidades esplánicas, las ocasionan muy á menudo por las dificultades que siempre ofrecen á la exploración física, y por la frecuente indeterminación de los trastornos funcionales que producen.

Ante estas dificultades y teniendo en cuenta que las neoplasias, especialmente las llamadas malignas, hacen sentir su influencia en la sangre, los hematólogos han tratado de establecer la relación que exista entre ambos factores y el beneficio que á la clínica pueda reportar el conocimiento de la misma.

Mas, preciso es confesar que, si los tumores constituyen, tanto en patología como en clínica, uno de los asuntos más oscuros, el estudio de las modificaciones producidas por ellos en la sangre, es también uno de los capítulos menos

-61.-

claros de la hematología, pese al trabajo de multitud de observadores, que, con sus reiteradas y pacientes investigaciones, tratan de arrojar alguna luz sobre este punto.

Los primeros estudios hematológicos de importancia en los tumores, fueron hechos por el ilustre Hayem y su discípulo Alexandre, que en 1.887 publicó su Tesis " De la leucocytose dans les cancers.- Applications au diagnostic", inspirada y dirigida por aquél.

De tal modo cumplieron su labor, que las investigaciones realizadas posteriormente no han conseguido añadir ningún dato positivo á lo ya visto por estos observadores.

Ellos vieron que los tumores llamados benignos ejercen una influencia muy escasa ó nula sobre la composición de la sangre, y que las alteraciones acentuadas son debidas á los malignos.

Estas alteraciones son: leucocitosis, disminución del número de glóbulos rojos y aún más acentuada en la hemoglobina.

Según Hayem, los leucócitos sufren modificaciones cualitativas y numéricas

Las primeras, no se observan más que en una fase avanzada de la caquexia y consisten en el aspecto traslucido y vacuolado de los leucocitos y la sobrecarga de hemoglobina, como en todas las anemias considerables.

Las modificaciones numéricas pueden faltar ó ser insignificantes. Cuando la leucocitosis existe, dice Hayem, puede constituir, por su aparición precoz, el primer signo de la caquexia neoplásica, y afirma que todo tumor, que independientemente de complicaciones inflamatorias ó supurativas, se acompaña de un aumento en el número de los leucocitos, es un tumor canceroso; pero que la ausencia de leucocitosis no permite rechazar desde luego la hipótesis de un cáncer.

Así ocurre, y no hace falta citar ejemplos porque se verán algunos en el cuadro que sigue. Además, para que el aumento en los leucocitos tenga algún valor, preciso es que sea bien marcado, pues las leucocitosis pequeñas pueden observarse en tumores benignos, y hasta en los mismos quistes hidatídicos, y así he contado 9.900 en un pequeño fibro-adenoma de la mama, observación 29; 10.700 en un quiste papilífero simple del ovario, observación 30; y 11.600 en un quis-



te hidatídico del hígado, observación 69; cantidades todas estas que muchas veces no alcanzaron los tumores malignos, aun estando los leucocitos por encima de 6.000, cifra que se considera, y también resulta de mis investigaciones en individuos sanos, la que con más aproximación puede darse como normal.

Particularidades son éstas, que, como se comprende, restan mucho valor al examen de los leucocitos en las neoplasias. Y si Hayem y Alexandre han podido contar 70.000 en un cáncer de la glándula tiroides y 52.700 en un caso de sarcomas múltiples de los huesos, Sailer y Taylor 45.000 en un cáncer gástrico, y Silhol 44.000 en otro cáncer del estómago, éstas son cifras excepcionales que rara vez se encontrarán.

. Resumen de mis observaciones en los epitelomas es el siguiente cuadro, en el cual consigno las cantidades máximas y mínimas de leucocitos y la proporción de los polinucleares, en los casos que la he determinado:

	CASOS.....	MÁXIMA.	.....	MÍNIMA.
Del labio inferior....	3.	12.000.—91.	.....	9.100.—62.
De la nariz.....	1.	6.100.—64.	.....	,,
De la mejilla.....	1.	5.400.	.....	,,
Del pene.....	1.	11.200.	.....	,,
Laríngeo.....	2.	, 13.100.—84.	.....	,,
		, 13.700.	.....	,,
Del esófago.....	1.	13.500.—87.	.....	,,
Del útero.....	1.	9.100.—76.	.....	,,
Del hígado.....	1.	8.000.—75.	.....	,,
De la mama.....	4.	10.600.—69.	.....	5.500.
Del estómago.....	9.	13.200.—92.	.....	4.000.—77.
Número de casos.....	24.	Máxima.. 13.700.	Mínima..	4.000.

Por la pequeña diferencia que hay entre los epitelomas laringeos, no he distinguido máxima y mínima. El detalle de los casos puede verse en las observaciones comprendidas entre los números 31 y 54, ambos inclusive. No hago el resumen de las observaciones 27, 28, 29 y 30, tumores benignos, y de las señaladas con los números 60, 61, 62, 63 y 64, sarcomas puros y mixtos, por la escasez del material que ofrecen.

El examen de todas ellas demuestra, como ya decía antes, que las leucocitosis elevadas deben ser excepcionales, pues no las he podido observar nunca, y que lo frecuente es encontrar un aumento mediano ó poco marcado.

Aun existiendo la leucocitosis, para que nos haga pensar en la naturaleza maligna de un tumor que se percibe ó en su existencia, cuando se sospecha, es necesario que no encontremos ningún otro motivo al cual podamos atribuirle, y desde luego se comprende, que no encontrarle, no es decir que no exista.

Ahora, conviene hacer constar que los dos casos de Hayem antes citados como ejemplos de leucocitosis neoplásica intensa, pierden algún valor si se considera que los dos enfermos tenían fiebre por encima de 38°, y que en el de los

sarcomas se examinó la sangre la víspera de morir, y la leucocitosis agónica, aunque desconocida en su patogenia, no puede negarse como hecho real.

Además, la apreciación de si existen ó no circunstancias capaces de aumentar los leucocitos en la sangre, es asunto delicado que no se puede juzgar á la ligera, y dos ejemplos lo probarán mejor que las palabras.

Dice Bezançon y Labbé: " Otro enfermo había llegado al período terminal de una afección del vientre con ascitis: se trataba de una cirrosis alcohólica ó de un cáncer del tubo digestivo? la clínica sólo era impotente para decidir. El examen de la sangre demostró una hiperleucocitosis con polinucleosis; se diagnosticó la existencia de un neoplasma. La autopsia demostró algunos días más tarde que, efectivamente, se trataba de un cáncer del estómago, generalizado al peritoneo."

Véase en la observación 76 un caso muy análogo al anterior, en el cual los glóbulos rojos están muy disminuídos 2.876.000, la leucocitosis 19.800 es mayor que en ninguno de los neoplasmas por mí observados, la polinucleosis es bien marcada 81, y sin embargo, á pesar de que no se encuentran motivos que expliquen

-67.-

este aumento de leucocitos en la sangre, la enferma padece una cirrosis atrofica sin señales de neoplasma.

La sangre, fuera de los casos de leucemia clara, no presenta nunca alteraciones específicas; no se puede escribir al pie del resultado del análisis de una sangre, el diagnóstico del enfermo de que procede; las fórmulas hematólógicas han de ser planteadas y resueltas teniendo en cuenta todas las condiciones que concurren en el enfermo y puedan hacer variar algún factor de la sangre, y como estas condiciones no saltan siempre á la vista, claro es que cuando se juzgue sobre datos incompletos los resultados serán erróneos.

Cuando la leucocitosis existe, los polinucleares suelen guardar proporción con ella, pero no siempre, como lo prueban estos casos de cáncer del estómago:

Observación 47.- Leucocitos.11.800.- Polinucleares.63.

,, 48.- ,, 9.000.- ,, 86.

En los eosinófilos no he visto variación digna de notarse. Estaban algo aumentados en estos casos:

-68.-

Observación 33.- Epitelioma del labio inferior.....10.  
,, 34.- ,, de la nariz..... 8.  
,, 60.- Sarcoma del cordón espermático..... 6.

Hayem y su discípulo han observado varias veces que,algún tiempo después de extirpado un tumor, ha disminuido ó desaparecido por completo la leucocitosis, que se ha vuelto á presentar con la recidiva, y esto les afirma en su idea de que el aumento de leucocitos es debido á la influencia del neoplasma.

Sin embargo, no debe concederse gran importancia á este hecho, á no ser que la diferencia sea muy marcada, y bajo este punto de vista, sólo presentan un caso de escirro de la mama, en el que encontraron:

Antes de la operación.....21.700.

Cinco semanas después de la operación,

(herida sin cicatrizar por completo).....10.000.

Herida completamente cicatrizada..... 6.200.

Siete meses después de la operación..... 8.990.

Algún tiempo después, recidiva.

Aun en esta observación, si la baja ha sido notable, el aumento precursor de la recidiva, como se ve, es insignificante.

En los demás casos que citan, las variaciones han sido pequeñas, y que á éstas no debe concederse gran valor, puede verse por los siguientes hechos que he podido recoger:

El enfermo de la observación 47 tenía un cáncer pilórico que no pudo quitar se por sus adherencias con el hígado y el páncreas. Como tratamiento paliativo se le hizo una gastro-enterostomía, y en su sangre encontré:

Antes de la operación.....	11.800.
Cuatro días después de la operación.....	10.500.
Diecinueve días después de la operación y á pesar de que supuraba un poco la herida.....	11.600.
Treinta y cinco días después de la operación y con la herida completamente cicatrizada.....	8.700.

El enfermo de la observación 52, tam-bién padece un cáncer del estómago, se emplea el mismo tratamiento y presenta:

-70.-

Antes de la operación.....11.800.

Tres días después de la operación.....7.900.

Ocho días después de operado, hematemesis abundante y muere.

En estos casos, es evidente que persiste el tumor, y, sin embargo, han bajado los leucocitos.

Pudiera creerse, sobre todo en el primer enfermo, que recibió algún alivio del tratamiento, que tal vez las modificaciones aportadas á la digestión por la anastómosis gastro-intestinal pudieran ser la causa de dichas variaciones; pero el enfermo de la observación 51, que por abreviar no resumo en este punto, demuestra que no es así.

Todo esto viene á probar que, en los enfermos que padecen un tumor, los leucocitos pueden sufrir pequeñas variaciones, y no sabemos si también grandes, aunque no se le extirpe.

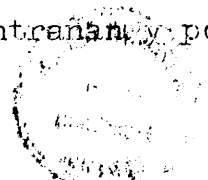
La leucocitosis de los tumores malignos sería producida, según Malasez, por las infecciones que sobrevienen al ulcerarse. Otros autores, invocan la influencia de las hemorragias. Bezançon, Labbé y Soupault, después de hacer constar



que estos factores sólo pueden intervenir en los períodos avanzados, creen que la leucocitosis precoz es debida á una irritación ó hiperactividad determinada por los tumores en los ganglios vecinos, lo cual explicaría la mononucleosis señalada por Milián y Tufier al principio de los cánceres.

Los caracteres atribuidos por los autores á la anemia de los tumores malignos, son: disminución de los glóbulos rojos, más aún de la hemoglobina, y, por tanto, baja en el valor globular.

Estas alteraciones no son precoces. Hayem demostró que en los primeros períodos de la neoplasia, la sangre ofrece caracteres completamente normales, y éstos se van modificando en el sentido indicado, á medida que la enfermedad avanza. Entonces se presentarían las alteraciones de los glóbulos haciéndose más irregulares que en otras anemias, y cuando la desglobulización es fuerte, no sería rara la presencia de normoblastos en la sangre. Ya Hayem vió que estos caracteres solían encontrarse más acentuados en los cánceres del estómago que en las demás localizaciones, por la desnutrición que entrañan y por la frecuencia de las hemorragias.



. He indicado que uno de los caracteres de la anemia de los tumores malignos es la disminución del valor globular. Los autores le conceden gran importancia para el diagnóstico diferencial con la anemia perniciosa progresiva. Pero, hasta este carácter, que es uno de los más constantes, tiene alguna excepción, y Lazarus ha observado un caso de cáncer gástrico, en el cual la sangre presentaba al principio un valor globular inferior á uno y después superior, tomando el tipo de la anemia perniciosa. Otros, que pueden servir para distinguirla, son la falta de megablastos y la leucocitosis cuando existe en los tumores.

La génesis de la anemia que nos ocupa, como la del aumento en los leucocitos, tampoco está perfectamente aclarada. Maragliano ha visto que el suero de los cancerosos tiene un poder globulicida aumentado. Además, se admite por todos la influencia de las hemorragias y de la inanición en los neoplasmas del tubo digestivo.

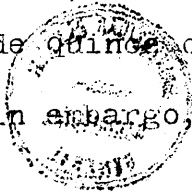
En cuanto al poder globulicida, no debe de ser constante, pues, si tal sucediera, en todos los cancerosos encontraríamos una anemia bien marcada, y no ocurre tal cosa, pues ya citaré ejemplos de enfermos con caguexia muy avanzada y

una sangre casi normal.

La acción de las hemorragias es de las que se imponen por su evidencia. Sin embargo, para que se vea hasta qué punto llegan las anomalías en las alteraciones hémicas ocasionadas por los tumores, diré que Laache ha encontrado la sangre completamente normal en un cáncer del útero con hemorragias.

La inanición producida por los tumores del tubo digestivo, es claro que también ha de repercutir sobre la composición de la sangre. Pero aquí sucede un fenómeno digno de notarse, y es, que si en dichas neoplasias se encuentran generalmente, según dicen los autores, las alteraciones más profundas en la sangre, existen otros casos en los cuales la misma privación de alimentos es causa de que se nos presente con caracteres normales.

Un ejemplo, notable por este motivo, es la observación 39, de cáncer de esófago. Era curioso en extremo ver un enfermo completamente esquelético, sin alientos para moverse, con una palidez intensa, que desde hacía tres meses no toleraba más que alimentos líquidos, y desde quince días ni siquiera éstos, sosteniéndose exclusivamente con enemas, y, sin embargo, el análisis de la sangre



da 0,92 hemoglobina y 5.412.000 glóbulos rojos, que en las preparaciones frescas y en las coloreadas se presentan con los caracteres más normales que apetecerse pueda. Se le hizo al enfermo una gastrostomía, y á pesar de alimentarle cuidadosamente por la fístula, el decaimiento era ya tan grande, que murió á los pocos días.

Otro caso no menos curioso que el anterior, es el de la observación 51, de un enfermo con cáncer pilórico ulcerado y comenzando la generalización. Con respecto al mal estado del enfermo, baste decir que el Dr. Ribera, de cuya animosidad nadie dudará, consideró que no se encontraba en condiciones de sufrir la intervención y decidió aplazarla, con pocas esperanzas, hasta ver si se conseguía levantar un poco las fuerzas del paciente.

El examen de la sangre dió entonces 0,93 hemoglobina y 4.690.000 glóbulos rojos, también perfectamente regulares.

La explicación del hecho ya se ha dado al hablar de las infecciones. En estos enfermos, hay una concentración de la sangre, porque en uno los alimentos no llegan al estómago, y en el otro, aunque llegan, los vomita pronto y el tubo digestivo no suministra á la sangre el

agua que pierde por distintos emunctorios. Puede verse también la influencia de los vómitos en la observación 57, de estrechez cicatricial del píloro. La masa de la sangre está disminuída con seguridad en todos ellos; pero, como no podemos determinarla en el hombre, al interpretar los análisis hematimétricos debemos tener presente este efecto que la inanición puede producir.

Obsérvese en este ejemplo, que es digno de atención por muchos motivos, las variaciones irregulares que pueden sufrir los glóbulos rojos y la hemoglobina, y hasta qué punto resulta complejo el estudio de las alteraciones que sufren dichos factores en los neoplasmas.

En efecto: al principio, que la inanición es casi absoluta, glóbulos y hemoglobina se encuentran elevados, iniciándose el descenso al disminuir los vómitos gracias al régimen, y se hace notable al desaparecer por completo con la anatómosis gastro-intestinal, que es precisamente cuando comienza á nutrirse el enfermo. Véase también cómo más tarde, y á pesar de la persistencia del neoplasma, las mejores condiciones de nutrición hacen que vuelvan á subir los glóbulos y la hemoglobina.

También llama la atención en los dos casos de cáncer citados la normalidad de los caracteres que ofrecen los glóbulos rojos, pues si por la escasez de agua se comprende la concentración de la sangre, y que aun estando los glóbulos disminuidos por estarlo más el agua se altera la proporción relativa en favor de aquéllos, no se explica ya tan fácilmente que aumentado el poder globulicida del suero, habiendo una destrucción grande de glóbulos y encontrándose éstos en un medio envenenado por los productos del tumor, se nos presenten regulares, sin señales de destrucción y con gran resistencia, tan grande como la de una sangre fisiológica, á la acción de los agentes exteriores, sin que las manipulaciones de preparación les hayan deformado.

Lo que más parece influir sobre los glóbulos es la dilución de la sangre, y siempre he visto armonía entre el grado de la misma y el de las alteraciones globulares, sea cual fuere la clase de anemia observada.

Así, el enfermo de la observación 76 presenta una sangre muy alterada, á pesar de que su anemia es simplemente hemorrágica.

Respecto al valor de la anemia, sin poner en duda ninguno de los caractere

que se le atribuyen, creo que es dato <sup>tan</sup> inconstante ó más que la leucocitosis. Si en los casos anteriormente citados hay una causa que nos dé cuenta de la falta de alteraciones en la sangre, existen otros muchos en que no se encuentra, los enfermos se presentan con una caquexia avanzada y mueren sin ofrecer apenas variación en los glóbulos rojos y en la hemoglobina.

Dé manera que, sin negar que los tumores malignos sean una causa poderosa de anemia, porque el hecho no admite duda, hay que convenir en que esta anemia no es precoz ni siquiera constante en todos los casos, y los autores han tenido que reconocer que al lado de los que van acompañados de anemia intensa, hay otros en los cuales, y sin que sepamos la razón del hecho, la sangre apenas se modifica.

Sobre si son los epitelomas ó los sarcomas los que más influyen sobre la sangre, no existe conformidad de pareceres. En cuanto á mí, no tengo opinión propia en este punto, pues no he podido ver grandes alteraciones en unos ni en otros. Sin embargo, tanto la leucocitosis como la anemia en los pocos casos que las he visto algo marcadas, han sido de epitelomas. De leucocitosis ya he indi-

cado ejemplos. Las anemias más pronunciadas, aunque no mucho, han sido las de las observaciones 40 y 54, de cáncer del útero y del estómago, respectivamente.

Si en cuanto á la influencia del tumor, según que sea de naturaleza epitelial ó conjuntiva, están las opiniones de los autores divididas, existen algunos puntos en los cuales concuerdan casi todos, y afirman que lo mismo la leucocitosis que la anemia son más intensas en los tumores viscerales, y sobre todo en el cáncer del estómago, que en las demás localizaciones, y que se acentúan también con la evolución rápida, la generalización y las ulceraciones, circunstancias sin valor absoluto como se verá al ocuparme del cáncer gástrico.

Vaquez y Laubry han insistido sobre la importancia que tiene la cantidad de leucocitos, para indicarnos la evolución del cáncer. Según ellos, un tumor de esta naturaleza que no se acompaña de leucocitosis, está localizado y sin ulcerar; si aquélla varía de 12.000 á 15.000 el cáncer es antiguo y tal vez ulcerado ó propagado á distancia; si pasa de 20.000, infección ó generalización probable. Son tan numerosas las excepciones, que basta citar una: la enferma de la observación 40, con un cáncer del útero generalizado y 9.100 leucocitos.



. Y voy á ocuparme del cáncer gástrico para terminar el estudio de los tumores, tan oscuro y difícil de hacer como escaso en resultados prácticos.

En él es donde se han encontrado con más frecuencia é intensidad las alteraciones de la sangre, y ciertamente que todas las circunstancias son favorables para ello; ser visceral, trastornos digestivos, ulceración, hemorragias evolución rápida y tendencia invasora.

Hayem, como he dicho ya, hizo constar los cambios profundos que esta localización del cáncer hace sufrir á los glóbulos rojos y á la hemoglobina.

Silhol en su Tesis, después de reconocer que las alteraciones de la sangre producidas por los tumores en general, no están sujetas á regla fija, afirma que en las neoplasias del estómago es sólo donde un examen hematológico minucioso proporciona elementos de gran importancia que nunca le han inducido á error en 22 casos, comprobados todos por la intervención quirúrgica.

Hasta en aquéllos en que los datos clínicos y el examen del jugo gástrico estaban en contra de los suministrados por el análisis de la sangre, ateniéndose á éstos ha podido hacer un diagnóstico exacto, por lo cual les considera más

precisos que aquéllos.

Hé aquí los caracteres atribuidos por dicho autor al cáncer del estómago:

"Disminución notable de la hemoglobina, reducida al menos á la mitad.

Disminución notable del número de hematíes.

Leucocitosis marcada, almenos de 15.000 á 20.000. Si los mononucleares están en una proporción elevada, es una razón en favor, pues indicaría la participación ganglionar.

Glóbulos rojos desiguales, presentando una proporción elevada de las formas extremas (pequeños y grandes). Deformados. Resulta que en un campo microscópico son muy desemejantes."

Como se ve, esta fórmula hematológica está constituida por la reunión de los caracteres acentuados de la sangre en los tumores malignos.

Por lo dicho al tratar de éstos en general, se comprenderá, desde luego, que los resultados de mis observaciones no están en armonía con los de Silhol.

He reunido 9 observaciones de cáncer gástrico, y, aunque el número no sea grande y en 4 de ellas no haya hecho un análisis completo de la sangre, me ex-

traña sobremanera no haber podido comprobar ni siquiera uno de los datos de dicho autor.

La enferma de la observación 54 tenía 0,55 de hemoglobina y 3.864.000 glóbulos. Son las cantidades mínimas observadas en dichos factores no muy pequeñas por cierto. Además, en un caso de neoplasia cicatricial del estómago, observación 59, encontré la misma cantidad de hemoglobina. Con respecto á las alteraciones globulares, únicamente las presentaba é insignificantes aquella enferma. En cambio, en ésta de neoplasia cicatricial eran muy acentuadas.

En los leucocitos, la cantidad máxima ha sido 13.200, observación 50.

La discordancia, pues, no puede ser más marcada, y en mis observaciones he podido ver casos de evolución rápida, observación 50; de neoplasma ulcerado, observaciones 46 y 51; con alguna hematemesis, 52 y 54; de caquexia avanzada, 46, 47, 48, 50 y 54; con invasión de órganos vecinos, casi todos; y con invasión ganglionar acentuada, 47.

Luego si la fórmula hematológica de Silhol puede verse en el cáncer del estómago, puesto que él la ha encontrado, su falta no excluye en modo alguno el

diagnóstico de dicha enfermedad, y creo que en la inmensa mayoría de los casos la clínica esclarecerá las dudas antes que podamos observar la referida fórmula completa.

Por lo demás, no soy el único que ha encontrado excepciones, pues Cabot en 72 casos de cáncer gástrico ha visto 34 veces más de 4.000.000 de glóbulos rojos, y 19 más de 5.000.000. Osterspey también ha comprobado estas cantidades elevadas.

En cuanto á los globulos blancos, Hayem cita 12 casos que divide así:

1º Tumores que no han dado lugar á una leucocitosis pronunciada: 7 observaciones, Cantidad media 7.600, mínima 2.600, máxima 10.000.

2º Tumores que han dado un aumento sensible de los glóbulos blancos: 5 observaciones. Máxima, 17.600.

Es coincidencia notable que las cantidades mínimas de leucocitos encontrados en los tumores por Hayem (2.600), por Silhol (4.000) y por mí (4.000, observación 54), lo hayan sido precisamente en el cáncer del estómago.

El mismo Silhol, en algunas observaciones no ha encontrado la fórmula completa: basa el diagnóstico en un sólo dato; no siempre ha podido establecerlo ni

-83.-

aun con la lesión á la vista; en casos que apenas se encuentra diferencia, unas veces diagnostica cáncer y otras úlcera; todo lo cual está en pugna con sus afirmaciones.

La falta de leucocitosis digestiva es otro carácter que se ha invocado por algunos, y cuya inutilidad han demostrado investigaciones posteriores.

En las observaciones 55, 56, 57, 58 y 59, de lesiones consecutivas á úlceras, dos casos, 58 y 59, con disminución marcada de la hemoglobina, y tres, 55, 56 y 57, con pequeña leucocitosis que no alcanza las máximas encontradas en el cáncer.

De modo, que la hematología del cáncer del estómago es por hoy tan oscura como la de todos los tumores, y si la comprobación clara de algunos caracteres en la sangre nos hará pensar en la existencia de aquél, la falta de los mismos no autoriza para negarle.

-----

-----

. Algunos autores, y especialmente Milián y Tufier, han concedido valor á la eosinofilia para el diagnóstico de los quistes hídricos. Este carácter, que ha sido señalado en otras muchas afecciones causadas por parásitos animales (oxiuros, anquilostoma, triquina, etc.), no debe de ser constante ni muy marcado, pues de cuatro quistes no supurados, observaciones 66, 67, 68 y 69, en la primera encontré 5 eosinófilos por 100, en la segunda 0, y en las otras 2. Además, en la tercera 11.600 leucocitos, y en la cuarta 8.400. En dos quistes supurados, observaciones 70 y 71, en aquélla 12.400 y 2 eosinófilos por 500; en ésta 4. 700.

-----



-85.-

-----

. El examen de la sangre es de capital interés, siempre que se sospeche una leucemia, para el diagnóstico de la misma y abstenerse de intervenir cuando se confirme, por las consecuencias desastrosas que entonces suelen seguir á la operación. Las dos cosas quedan demostradas en la observación 65. El Dr. Ribera, que ya antes de saber que la enferma era leucémica, había rehusado intervenir porque el estado general era muy deficiente, desistió de toda idea operatoria en cuanto le indiqué el resultado del análisis de la sangre. Pero, por circunstancias especiales y á disgusto, hizo una simple exosplenopexia. La enferma murió de hemorragia.

-----



IV.- TRAUMATISMOS OPERATORIOS.

El conocimiento de la influencia que el acto operatorio ejerce sobre la sangre, es factor interesante para poder interpretar con verdadera exactitud los datos hematológicos después de las intervenciones. También ofrece importancia este estudio, porque algunos autores han atribuido la curación de la tuberculosis peritoneal por la laparotomía simple á la reacción leucocitaria que determina dicha intervención.

En las intervenciones sin complicación, los glóbulos rojos y la hemoglobina apenas varían; unas veces aumentan, otras disminuyen, pero siempre dentro de cortos límites. Los leucocitos, en la inmensa mayoría de los casos, sufren un aumento marcado en la cantidad absoluta y en la relativa de los polinucleares.

Este aumento alcanza su mayor intensidad, de 10.000 á 15.000 generalmente, poco tiempo después de la operación, y en los casos normales, desaparece en uno, dos ó tres días. Si, por el contrario, se produce una infección, la curva leucocitaria sube y sus oscilaciones, con los demás síntomas que presente el enfermo, nos indicarán la marcha de aquélla.



. Aunque mis observaciones, por motivos ya indicados, han recaído preferentemente sobre casos de laparotomía, he podido ver también que la acción de esta nada ofrece de específico, puesto que los mismos efectos que ella produce sobre la composición de la sangre pueden ser determinados por otras intervenciones: extirpación de ganglios tuberculosos, observación 8; resección de dilla, 18; incisión y lavado de un absceso, 24; craniectomía, 77.

Alguna vez, aunque rara, ha faltado la reacción leucocitaria. Siempre trataba de enfermos con muy mal estado general y caquexia avanzada: tuberculosis peritoneo-intestinal, observación 11; cáncer del esófago, 39; cáncer de estómago, 46; leucemia, 65.

La primera observación ofrece interés por tratarse de una tuberculosis peritoneo-intestinal que, después de operada, lejos de aumentar los leucocitos con la apertura del vientre, disminuyen. En este enfermo están agotadas las energías reaccionales, y, sin embargo, obsérvese como coincidiendo con falta de leucocitosis no acaba de cicatrizar la herida operatoria y en ella se hace interminable una pequeña infección.

. Cuando la operación produce hemorragia, si es pequeña, apenas modifica la composición de la sangre; pero ésta se altera de modo muy marcado si aquélla es considerable. Ejemplo las observaciones 7, 19 y 20, en las cuales los glóbulos rojos y la hemoglobina descienden inmediatamente; y la baja se acentúa después, á medida que la sangre se diluye al recobrar su masa por absorción de agua. La leucocitosis es más intensa y alcanza un grado extraordinario en las dos últimas observaciones de las citadas.

La influencia del cloroformo es difícil de precisar, porque al poco tiempo de iniciada se une á ella la del traumatismo. Pero me inclino á creer que debe de ser pequeña, porque en los resultados de mis análisis, aunque han sido hechos después de terminadas las operaciones, no he visto que exista proporción entre las modificaciones de la sangre y la cantidad de anestésico empleada.

Tampoco he visto que tenga importancia el tiempo que duran las intervenciones.

En cuanto á las curaciones obtenidas en las tuberculosis peritoneales por

-89.-

la laparotomía simple, opino que <sup>no</sup> pueden explicarse por el aumento de leucocitos provocado por dicha operación. Este aumento lo determinan intervenciones, que en el supuesto citado serían capaces también de producir los mismos efectos que la apertura del vientre.

Además, ya hemos visto que ésta no siempre va seguida de leucocitosis; en la observación 14, es muy pequeña y pasajera; en la 13 también dura poco, y en la 12 no siguió su marcha.

Siendo, pues, dicha leucocitosis una reacción inconstante, muy fugaz y poco intensa, no parece lógico atribuirle la curación de lesiones que, como las de la tuberculosis peritoneal, requieren para ello largo tiempo.

-----



-90.-

O B S E R V A C I O N E S .

. Las observaciones en que no se indica la clínica, corresponden á la del Dr. Ribera.

Las iniciales H. - M. - y C. indican respectivamente:

Hombres, Mujeres y Cama.

Las que siguen representan:

H.....Hemoglobina.

R.....Glóbulos rojos.

L.....Leucocitos.---

P....Polinucleares neutrófilos.

L.....Linfocitos.

M.....Mononucleares grandes.

T.....De transición.

E.....Eosinófilos.

-----



OBSERVACION NÚM. 1.

XXXXXXXXXXXX

SALA H.- C 22 —HERIDA PENETRANTE DEL VIENT

R. O., de 22 años, soltero, recibe dos heridas por arma blanca el día 27 de Marzo, á las seis de la tarde. Inmediatamente es llevado á la Casa de Socorro, donde se ve que una, situada en la parte infero-externa del muslo, es leve; la otra, de dos centímetros de anchura, corresponde á unos siete centímetros á la derecha del ombligo, y es diagnosticada de penetrante. Escasa hemorragia.

Curadas ambas heridas, el enfermo ingresa á las siete y media en el Hospital, en estado satisfactorio. El Profesor de guardia prescribe dieta absoluta, 500 gramos de suero y observación.

Día 28.— Á las diez de la mañana, 37°,1. Pulso, 90, amplio. El enfermo está bien, no hay ningún síntoma peritoneal, expulsa gases por el ano, pero ha desaparecido la zona de macidez hepática. Se aplica una vejiga de hielo al

-93.-

vientre. 500 gramos de suero.

H.....0,90.

R.....4.824.000.

	P.....90.
	L.....6.
L.....20.000.-----	M.....2.
	T.....2.
	E.....0.

A las cuatro de la tarde.- 37°,7.- Pulso, 87, amplio.

H.....0,90.

L.....17.200.

A las siete de la tarde.- 38° Pulso, 85.

Día 29.- Mañana, 37°,4.- Pulso, 72. No llama la atención más que la persistencia del timpanismo en la región hepática. Una cucharada de leche fría cada

-94.-

hora. 250 gramos de suero.

H.....0,82.

R.....4.276.000.

L.....12.800.-----

P.....83.  
L.....12.  
M.....2.  
T.....2.  
E.....1.

Tarde.- 38°. Pulso, 76.- 250 gramos de suero.

Día 30.- Mañana, 37°,3. Pulso, 73. Reaparece macidez hepática. Se le da más leche.

H.....0,86.

R.....4.016.000.

L.....9.500.-----

P.....77.  
L.....15.  
M.....2.  
T.....4.  
E.....2.



-95.-

Tarde.- 37°,2. Pulso. 63. Se suprime el hielo.

Día 31.- Mañana, 36°,8. Pulso,66. Se le da una sopa. Durante este día y los siguientes no ocurre novedad y se va aumentando progresivamente la alimentación.

Día 6 de Abril.-

H.....0,85.

R.....4.224.000.

L.....7.200.---

P.....	70.
L.....	22.
M.....	2.
T.....	3.
E.....	3.

Las heridas han cicatrizado por primera intención, y se da el alta al enfermo.

XXXXXXXXXXXXXX

OBSERVACIÓN NÚMº 2. —

~~XXXXXXXXXXXXXX~~

SALA M. - C. 4. — HERNIA CRURAL ESTRANGULADA.

C. C., de 42 años.- Ingresó el 24 de Marzo.

Padece desde hace seis años una hernia crural pequeña, reducible. Estrangulada el día 19, fuertes dolores; vomita cuantos alimentos ingiere, pero no ha tenido vómitos fecaloideos. Pulso pequeño, 36,5, no hay síntomas de peritonitis. El estado general es satisfactorio.

Análisis practicado inmediatamente después de su ingreso.

H.....110.

R.....5.824.000.

L.....9.800.---

P.....83.  
L.....7.  
M.....4.  
T.....6.  
E.....0.

Acto continuo es operada. Al incindir el saco sale una pequeña cantidad de exudado. Se encuentra una asa delgada, oscura, pero sin señales de morti-

-97.-

ficación. Se desbrida el anillo y vemos un surco muy pronunciado en el punto de la extrangulación.

La operación dura 15 minutos y es muy bien tolerada.

Tarde.- 38°, no hay vómitos y hace una deposición.

Día 25.- Mañana, 37°,5.

H.....0,91.

R.....5.736.000.

L.....9.600.

Tarde.- 37°,8.

Día 26.- Mañana, 37°,4.- Tarde, 37°,8.

Día 27.- Mañana, 37°,2.

H.....0,88.

R.....4.872.000.

L.....9200..

En los días siguientes no ocurre novedad. Solo algún punto supura un poco. Después de operada, se le puso suero durante unos días.

-98.-

Día 16 de Abril.- Alta por curación.

H.....0,80.

R.....4.152.000.

L.....7.100.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



-99.-

OBSERVACIÓN NÚMº 3.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA H. - C. 21. — OCLUSIÓN INTESTINAL.

J. G., de 86 años.- Ingresó el 28 de Febrero, á las siete de la tarde.

Desde el día 25, fuertes dolores de vientre, vomita cuanto ingiere, y no expele materias fecales ni gases. Según refiere la familia, ha tenido también vómitos oscuros.

Cuando entró en la Clínica el vientre estaba muy timpanizado y sensible á la presión, aunque los dolores espontáneos no eran muy fuertes, temperatura 37°, l. pulsaciones 80, con alguna intermitencia, y el enfermo bastante tranquilo. No hay vómitos. Se le ponen 500 gramos de suero y una abundante irrigación rectal, sin resultado.

Análisis practicado á las 10 de la noche.

H.....105.

R.....5.584.000.

L.....11.800.

P.....86.

L.....7.

M.....4.

T.....3.

-100.-

A las 11 de la noche, laparotomía extensa. Las asas intestinales delgadas, enormemente distendidas, se precipitan por la incisión. También sale una gran cantidad de líquido morenuzco y turbio.

Para facilitar la orientación y evitar alguna rotura del intestino con las maniobras, se hacen varias punciones con un trocar fino, que dan salida a una gran cantidad de gases. Por fin, se encuentran dos asas delgadas, retorcidas y estranguladas por una brida que se corta, y al verificar la destorsión, un ruidoso borborismo y la expulsión de gases por el ano nos indican que el obstáculo está vencido. Las asas no presentan señales de mortificación. Lavado del peritoneo con la solución bórica y sutura de la pared abdominal.

La operación, que ha durado 30 minutos, es muy bien tolerada por el enfermo. Suero, cafeína y calor.- Reacciona pronto, y se encuentra aliviado de los dolores.- 500 gramos de suero.

A las 3 de la madrugada, 38°. A favor de una irrigación intestinal, expelle regular cantidad de gases y materias fecales.

Día 29.- Mañana, 37°5.- Comienza a tomar leche fresca, que es bien tolerada.  
- 500 gramos de suero.

-101.-

H.....103.

R.....5.456.000.

	P.....82.
	L.....9.
L.....11.300.---	M.....6.
	T.....3.
	E.....0.

Tarde.- 38° - Ha hecho dos deposiciones espontáneas y abundantes.-500 gramos de suero.

Día 1º de Marzo.- Mañana, 37°.- Por la noche deposiciones abundantes.- Los dolores y el timpanismo han desaparecido casi por completo.- 500 gramos de suero.

H.....106.

R.....5,784.000.

L.....11.100.

Tarde.- 38°5.- Disnea, estertores en las bases de los pulmones.- Revulsión con tintura de yodo, y se incorpora al enfermo.- 500 gramos de suero.

Día 2.- Mañana.- 37°5. Macidez y falta de murmullo en las bases y se extiende la zona de estertores.- Digital, alcohol, extracto de quina.- Apenas se percibe el pulso.- A pesar de hacer una punción mayor que de ordinario en la yema

-102.-

del dedo, con gran dificultad se obtiene suficiente cantidad de sangre, que es muy oscura, para su análisis. 500 gramos de suero.

H.....0,95.

R.....5.448.000.

	P.....70.
	L.....24.
L.....11.900.-----	M.....3.
	T.....3.
	E.....0.

Tarde.- 39°. Cara roja, ojos lacrimosos, lengua seca, diarrea.- 500 gramos de suero.

Día 3.- Mañana.- 38°,6.- Bismuto y opio.- 500 gramos de suero.

Tarde.- 38°,1.- Diarrea aliviada.- Solo se percibe el murmullo vaxicular en la parte anterior de los vértices.- 500 gramos de suero.

H.....101.

R.....5.696.000.

	P.....71.
	L.....24.
L.....14.600.-----	M.....3.
	T.....2.
	E.....0.





-103.-

Día 4.- Mañana.- 38°,7.- Aumenta la disnea.

Tarde.- 37°,8.- Gran postración, pulso pequeñísimo, estertores ruidosos.

Día 5.- Mañana.- Falleció.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



-104.-

OBSERVACIÓN NÚMº 4.

XXXXXXXXXXXXXX

SEPTICEMIA PUERPERAL.

Mujer de 19 años, primípara, tiene un parto normal en apariencia. Pocos días después, tras un escalofrío violento, sube la temperatura á 40º y continúa elevada hasta la muerte. Reconocida la enferma, se encuentra una rotura vaginal, que había pasado desapercibida, y extensas lesiones gangrenosas.

Análisis practicado el 3 de Mayo (4 ó 5 días después del ascenso termico).

H.....0,65.

R.....3.928.000.

L.....27.300.

-++++++-

H.....0,64.

Día 4.-----R.....3.704.000.

L.....17.400.

-++++++-

-105.-

Día 5.-----L.....23.900.

-+++++++--

H.....0,55.

Día 6.-----R.....2.880.000.

L.....27.000.

-+++++++--

Día 7.-----L.....25.500.

-+++++++--

H.....0,50.

Día 9.-----R.....3.056.000.

L.....38.500.

-+++++++--

Día 10.-----L.....44.100.

Las irrigaciones antisépticas y la cauterización fuerte, no detienen el proceso. Sigue elevada la temperatura, pulso frecuente y pequeño, el estado general decae, edema en la parte inferior del vientre, en el resto meteoris-

mo poco intenso.

Día 12.----L.....31.800.

Incisión amplia subperitoneal, en ambos lados, por encima del arco crural, que da salida á gran cantidad de icor fétido.

Día 13.----L.....40.500.

-++++++-

H.....0,38.

Día 14.----R.....2.128.000.

L.....40.500.

Día 15.- Por las heridas, abundante exudado hemorrágico.- Sigue el edema del vientre.

H.....0,23.

Día 17.----R.....1.584.000.

L.....25.200.

Día 20.- Expulsa gran cantidad de tejidos mortificados.- No mejora el estado de la enferma.

-107.-

H.....0,23.

R.....1.472.000.

L.....13.700.

Día 23.- Reaparece el exudado hemorrágico.- Fiebre muy alta.

Día 24.- Hemorragia fuerte y muere.

~~XXXXXXXXXXXX~~

-108.-

OBSERVACIÓN NÚMº 5.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 2. — INFILTRACIÓN DE ORINA.

F. H., de 39 años.- Ingresó el 21 de Marzo.

Escroto voluminoso, oscuro, con flictenas y crepitación gaseosa, que se extiende á la parte inferior del vientre y raíz de muslos.

Delirio, 36º,2, pulso pequenísimo.

H.....100.

R.....4.850.000.

L.....11.700.

Incisión amplia en el periné. Detrás del búlbo se encuentra una colección de líquido oscuro y fétido. Incisiones de descarga en el escroto á ingles.

El enfermo no mejora, y muere á las ocho de la noche.

XXXXXXXXXXXXXX

-109.-

OBSERVACIÓN NÚMº 6.

XXXXXXXXXXXX

S A L A H . - C . 15 . — A N G I N A D E L U D W I G .

Un niño de 8 años es llevado á la Consulta el 17 de Marzo, con un gran flemón de la región suprahioidea que data de 7 días. El edema se extiende por todo el cuello, gran disnea, asfixia inminente, deglución imposible, temperatura 38,5, pulso pequeño y frecuente.

Análisis de la sangre.

H.....0,85.

R.....5.248.000.

	P.....72.
	L.....24.
L.....15.700.-----	M.....2.
	T.....2.
	E.....0.

Incisión extensa que da salida á gran cantidad de pus. El niño mejora y se lo lleva su padre al día siguiente.

XXXXXXXXXXXX

- 110.-

OBSERVACIÓN NÚMº 7.

~~XXXXXXXXXXXXXX~~

SALA H. - C. 2. — LUXACIÓN DEL HOMBRO. — HEMO-  
RRAGIA Y GANGRENA.

J. T., de 43 años, robusto.- Ingresó el 1º de Febrero.

Padece una luxación irreducible del hombro derecho, desde hace tres meses y medio.

Análisis practicado el día 4.

H.....0,92.

R.....4.640.000.

L.....4.500.

Día 5.- Cloroformizado el enfermo y siendo imposible conseguir la reducción ni por maniobras externas ni después de poner las lesiones al descubierto, por la multitud y firmeza de las adherencias, se practicó la resección de la cabeza humeral. Al querer extraer ésta, se presenta una hemorragia abundantísima, que obligó á ligar la arteria axilar por debajo de la clavícula. El en



-111.-

fermo está pálido en extremo, frío y sin pulso. Se intenta hacer una inyección intravenosa de suero; pero, con la precipitación del caso y el aplastamiento de las venas, que no forman ningún relieve en la flexura del codo ni en el cuello, no se consigue. Se le pone en inyección subcutánea y otra de aceite alcanforado, elevación y vendaje de los miembros, compresas calientes al vientre, electrización del frénico. Se termina rápidamente la operación, que ha durado una hora, consumiendo 140 gramos de cloroformo. El enfermo reacciona un poco, pero se presenta el síncope al menor movimiento.

Análisis practicado inmediatamente después de llevar el enfermo á la cama.

H.....0,75.

R.....3.940.000.

L.....23.500.---

P.....93.

L.....7.

M.....2 en 500.

T.....id.

E.....id.

Tarde.- 36°,9.- Pulso casi imperceptible.- El enfermo está algo despeja-

-112.-

do y tiene mucha sed.

Día 6.- Mañana.- 38°.- Pulso 114.

H.....0,57.

R.....3.220.000.

L.....29.900.---

P.....93.

L.....3.

M.....1.

T.....3.

E.....0.

Tarde.- 38°,5.— 125.

Día 7.- Mañana.- 37°,2.— 112.- El apósito, que está manchado, se levanta. Sangre retenida en el foco de la operación. El miembro muy pálido y con manchas lívidas.

H.....0,60.

R.....3.536.000.

L.....28.400.---

P.....91.

L.....5.

M.....2.

T.....2.

E.....0.

Tarde.- 38°,7.— 130.

-113.-

Día 8.- Mañana.- 37° — 112.-----Tarde.- 38°,6.

Día 9.- , , Sanies fétida en el foco, crepitación gaseosa alrededor, ulceración en la parte infero-interna del brazo.

Tarde.- 39° — 130.

Día 10.- Mañana.- 38°.- Flictenas gangrenosas y crepitación en el antebrazo, hipo, mal estado general.

H.....C, 40.

R.....2.420.000.

L.....9.400.---	P.....79.
	L.....9.
	M.....4.
	T.....8.
	E.....1 en 500.

Tarde.- 39°

Día 11.- Mañana.- 38°,2.- Gangrena invade todo el miembro.- Desarticulación escápulo-humeral á colgajo deltoideo (procedimiento de Argumosa), por ser ésta la única región en que la piel presenta buen aspecto. En el foco de amputación hay tejidos esfacelados, que se quitan con tijera y termo, logrando que la superficie cruenta presente bastante buen aspecto. La operación, que

-114.-

ha durado 35 minutos consumiendo 60 gramos de cloroformo, se ha llevado á cabo sin accidente y con muy escasa pérdida de sangre.

Durante la intervención, se toma sangre para analizarla, y su examen da por resultado:

H.....	0,40.	P.....	71.
		L.....	16.
L.....	15.300.-----	M.....	7.
		T.....	6.
		E.....	0.

Tarde.- 39°,5.

Día 12.- Mañana.- 37°-----Tarde.- 38°,5.- El estado general ha mejorado un poco.

Día 13.- Mañana.- 37°,2.

H.....	0,36.		
R.....	1.968.000.	P.....	85.
		L.....	7.
L.....	29.300.-----	M.....	5.
		T.....	3.
		E.....	1 en 500.

Tarde.- 38°,5.

-115.-

Día 14.-----Tarde.- 38°,3.

Día 15.-----,, - 38°,3.

Día 16.- Mañana.- 36°.- En la madrugada ha tenido melena abundante.- Muy mal estado general, gran postración, aspecto tifoideo; en la herida, sanies fetidísima.

H.....C,19.

R.....944.000.

	P.....82.
	L.....13.
L.....14.100.-----	M.....1.
	T.....4.
	E.....0.

Tarde.- 38°,3.

Día 17.- Mañana.- 37°,5.- Golgajo casi suelto por mortificación de bordes.  
- El estado general parece haber mejorado un poco.

Tarde.- 37°,6.

Día 18.- Mañana.- 37°,6.- Enemas diarios de sangre de cordero hasta el 1° de Marzo.- Hasta hoy, todos los días se le ha puesto suero.

Tarde.- 38°,1.

-116.-

<u>Día 19.</u>	- Mañana.	- 37°,5.	-----	Tarde.	- 37°,9.
<u>Día 20.</u>	- ,,	- 37°,8.	-----	,,	- 38°,5.
<u>Día 21.</u>	- ,,	- 38°,3.	-----	,,	- 38°,3.
<u>Día 22.</u>	- ,,	- 38°.	-----	,,	- 38°,2.
<u>Día 23.</u>	- ,,	- 38°.	-----	,,	- 38°.
<u>Día 24.</u>	- ,,	- 37°,2.			
<u>Día 25.</u>	- ,,	- 37°,5.	Enfermo, está mejor.		

H.....0,20.

R.....1.408.000.

L.....11.200,---

P.....86.  
 L.....9.  
 M.....2.  
 T.....3.  
 E.....1 en 500.

En los días que siguen, el enfermo continúa mejorando, la fiebre es muy ligera, come con regular apetito. Sin embargo, persiste aún gran debilidad y tendencia al sueño.- La herida marcha muy lentamente, el colgajo está desprendido, y aún salen tejidos esfacelados.

-117-

Día 12 de Marzo.- Continúa el colgajo suelto y atónico. Sigue mejorando el estado general.

H.....0,33.

R.....2.564.000.

L.....8.500.-----

P.....83.  
L.....10.  
M.....2.  
T.....4.  
E.....1.

Día 15.- Se levanta de la cama.

Día 18.- Pide el alta.

Después, he sabido que, en los primeros días de Mayo, el enfermo estaba completamente bien y terminando la cicatrización.

XXXXXXXXXXXXX

-118.-

OBSERVACION NÚMº 8.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA H. - C. I. - ADENITIS TUBERCULOSA.

F. N., de 21 años.- Ingresó el 18 de Enero.

Hacia la parte media del esterno-cleido-mastoideo del lado derecho, se encuentran dos ganglios del tamaño de un huevo de paloma, duros, indolentes, lisos y sin adherencias.

Fecha del padecimiento dos años.- Sujeto robusto; buen estado general.

Día 20.- Se extirpan los dos ganglios mencionados y otros más pequeños que se descubren durante la operación. Uno de estos últimos está reblandecido.-Duración, 30 minutos.- Escasa hemorragia, aunque la intervención ha sido laboriosa, llegando á poner al descubierto hasta la carótida y subclavia.

Análisis practicado antes de la operación.

R.....5.392.000.

L.....7.100.-----

P.....78.  
L.....14.  
M.....3.  
T.....4.  
E.....1.



-119.-

Después.

R.....4.696.000.

L.....11.300.---

P.....85.  
L.....10.  
M.....2.  
T.....1.  
E.....2.

Tarde.- 38°

Día 21.- Mañana, 37°,5.

R.....4.988.000

L.....9.900.---

P.....77.  
L.....14.  
M.....4.  
T.....4.  
E.....1.

El curso postoperatorio ha sido inmejorable, cicatrizando la herida por primera intención.

XXXXXXXXXXXXXX

-120.-

OBSERVACIÓN NÚMº 9.

XXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 2. - ADENITIS TUBERCULOSA.

A. G., de 15 años, tiene en el lado derecho del cuello un infarto ganglionar bastante voluminoso. La piel que le recubre está normal.- Fecha del padecimiento, tres años. El estado general es bueno, aunque se ve el temperamento linfático de la enferma.

Análisis practicado el día 9 de Abril.

H.....0,95.

R.....4.834.000.

L.....7.600.----

P.....60.

L.....25.

M.....6.

T.....9.

E.....3 en 500.

El día 11 se extirpan numerosos ganglios superficiales y profundos, de taño muy diverso.- En algunos comienza la degeneración caseosa.

XXXXXXXXXXXX

-121.-

OBSERVACIÓN NÚMº 10.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 3. — ADENITIS TUBERCULOSA.

V. G., de 43 años.- Ingresó el

Ganglios supraclaviculares del lado izquierdo aumentados de volumen, duros, indoloros, sin alteración de la piel.- La enfermedad comenzó hace dos años, á consecuencia de un traumatismo.

Buen estado general.

Análisis practicado el 20 de Abril.

H.....C, 83.

R.....4.320.000.

L.....5.500.-----

P.....70.  
I.....17.  
M.....4.  
T.....8.  
E.....1.

Rechaza la intervención y sale de la Clínica.

XXXXXXXXXXXXXX

-122.-

OBSERVACIÓN NÚMº 11.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA H. - C. 13. — TUBERCULOSIS PERITONEO -  
INTESTINAL.

C. A., de 20 años.- Ingresó el 9 de Diciembre.

Desde hace 23 meses, y á consecuencia de un enfriamiento, fuertes dolores de vientre, diarreas frecuentes, ~~bor~~borismos ruidosos, meteorismo, escaso apetito, algún vómito y decaimiento general progresivo.

Actualmente está demacrado en extremo, apenas tiene alientos para andar (debilidad muscular que dice el enfermo apareció muy pronto), la exploración del vientre no revela más que los dolores y el timpanismo, y la de los pulmones nada anormal.

La cara, manos y órganos genitales ofrecen un color más oscuro que de ordinario.

Día 11— Laparotomía. - Ligera ascitis; peritoneo é intestinos llenos de tubérculos; falsas membranas y adherencias múltiples. - Sutura. - Dura-

-123.-

ción, 20 minutos.

Durante todo el curso postoperatorio ha tenido fiebre: 37°.-38°, por las mañanas, 38°.-39°, por las tardes.

De vez en cuando le ha molestado la tos, con escasa expectoración.- Examinados los esputos varias veces, no he visto ningún bacilo de Koch.

Aunque la supuración fué poca, la herida cicatrizó muy lentamente.

El enfermo pidió el alta el 19 de Febrero. No han mejorado los trastornos abdominales ni el estado general.

La cicatriz aún no se ha recubierto por completo de epidermis, y queda si ella una porción del tamaño de una peseta, con supuración tan escasa como persistente.

Análisis practicado el

R.....4.416.000.  
Día 10 de Diciembre.-----  
L.....6.100.

-----

Día 11.-----L.....5.000.

-----

-124.-

Día 14.---- R....4.056.000  
L.....4.600.

Día 11 de Enero.---- R....4.512.000.  
L.....7.600.

-----

-----

H.....C, 45.

Día 19.---- R....4.560.000.  
L.....3.500.

Día 19 de Febrero.--R....4.440.000.  
L.....5.400.

-----

-----

XXXXXXXXXXXXXX



-125.-

OBSERVACION NÚMº 12.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 12. — PERITONITIS TUBERCULOSA.

M. M., de 45 años.- Ingresó el 24 de Abril.

Hace tres meses, dolores poco intensos en el hipogastrio que se irradian á la región lumbar, abultamiento rápido del vientre que comienza por su parte baja. Mes y medio después, se practica una punción que da salida á gran cantidad de líquido claro. Ahora se encuentra una gran colección líquida enquistada, que ocupa casi todo el vientre, sobre todo la mitad derecha.

La enferma tiene pocas carnes y está pálida; pero no caquética.- Escaso apetito.- No se observan alteraciones pulmonares.

Análisis practicado el día 26.

H.....0,63.

R.....4.520.000.

L.....5.600.-----

P.....91.

L.....6.

M.....1.

T.....2.

E.....1 en 600.

-126.-

Día 27.- Laparotomía.- Peritonitis tuberculosa enquistada; líquido abundante y claro; gran cantidad de tubérculos en el aparato genital interno; peritoneo muy engrosado en algunos puntos.- Reducción de la herida y desagüe con gasa.- Duración, 15 minutos.

Después de la operación.

H.....0,64.

R.....4.320.000.

L.....10.200.-----

P.....93.  
L.....4.  
M.....2.  
T.....1.  
E.....1 en 600.

XXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXX



-127.-

OBSERVACIÓN NÚMº 13.

XXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 11. - TUBERCULOSIS PERITONEO -  
INTESTINAL.

M. C., de 33 años.- Ingresó el 1º de Diciembre.

Su padre padeció un tumor blanco en la rodilla.

Desde hace dos años, dolores de vientre sin localización precisa. Poco tiempo después, algún que otro vómito y alternativas de estreñimiento y diarrea, con predominio de ésta. Tratamiento médico, sin resultado.

Aumento de resistencia á la presión, que es dolorosa, entre el hipocondrio y vacío derechos, sin que se aprecie tumoración clara.

El estado general es satisfactorio, aunque se observa en la enferma un fondo de linfatismo y debilidad constitucional. No hay señales de alteración pulmonar.

Análisis practicado el día 6.

P.....	68.
L.....	24.
L.....9.600.---	M..... 4.
	T..... 3.
	H..... 1.



-128.-

Día 7.- Laparotomía.- Se encuentra una masa dura en el recodo hepático del colon, con adherencias al hígado y órganos vecinos. Dicha masa, el meso-colon transverso y sus ganglios presentan algunos tubérculos. Se extirpa un ganglio, y en el centro ha sufrido ya la degeneración caseosa. Sutura de la herida abdominal.

Análisis practicado después de la operación.

	P.....	89.
	L.....	9.
L.....14.000.---	M.....	1.
	T.....	1.
	E.....	1 en 500.

Tarde.- 37°3.

Día 8.- Mañana. 36°4.

	P.....	74.
	L.....	20.
L.....10.300.---	M.....	3.
	T.....	2.
	E.....	1.

Tarde.- 37°1.

Cicatrizó la herida sin accidente, y la enferma salió aliviada de la Clínica.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

-129.-

OBSERVACIÓN NÚMº 14.

XXXXXXXXXXXX

SALA H.-C. 26.—TUBERCULOSIS ENTEROMESE T R C

P. V., de 10 años.— Ingresó el 3 de Marzo.

El enfermito, que procede de un asilo, tiene el vientre algo abultado y doloroso, diarrea intensa, escaso apetito, vómitos de vez en cuando, ganglios infartados en el cuello, tos seca y poco frecuente, sin que la exploración física revele nada anormal en los pulmones, y la temperatura oscila entre 37° - 37°,5 por las mañanas, y 38° - 38°,5 por las tardes.

El estado general es pésimo.

Flaco y pálido en extremo, con semblante que expresa el sufrimiento, pasa los días encogido en la cama y con las manos aplicadas al vientre, sin pronunciar más palabras que las precisas para contestar á las preguntas que se le dirigen

-130.-

Análisis practicado el día 6.

H.....0,61.

R.....4.492.000.

L.....9.000.---

P.....82.

L.....8.

M.....4.

T.....6.

R.....I en 500.

Día 7.- Laparotomía simple. Intestino y mesenterio llenos de tubérculos; ganglios mesentéricos, aórticos y lumbares, duros, aumentados de volumen, algunos considerablemente; ligera ascitis; extirpación de un ganglio mesentérico para su análisis y sutura. Duración 15 minutos.- Cloroformo 20 gramos.

Una hora después de la operación, el niño está despejado.- 37°,5.

H.....0,62.

R.....5.044.000.

L.....11.400.---

P.....91.

L.....3.

M.....4.

T.....2.

E.....0.

-131.-

Tarde.- 37°,5.

Día 8.- Mañana, 37°,3. - Tarde, 37°,8.

Día 9.- Mañana, 37°,2.

H.....0,56.

R.....4.652.000.

L.....6.000.

Tarde.- 37°,8.

Día 10.- Mañana, 37°,1. - Tarde, 37°,7.

Día 11.- ,, 36°,9. - ,, 38°,5.

Día 12.- ,, 37°,4. -

H.....0,59.

R.....4.824.000.

	P.....79.
	L.....12.
L.....5.500.-----	M.....4.
	T.....4.
	E.....1.

Tarde, 38°,5.

-132.-

En los días siguientes continúa lo mismo la temperatura.

Día 19.

H.....0,57.

R.....4.240.000.

	P.....74.
	L.....16.
L.....4.500.-----	M.....5.
	T.....5.
	E.....2 en 500.

En las tardes de los días que siguen, temperatura alrededor de 39°.

Día 30.

H.....0,57.

R.....4.088.000.

	P.....63.
	L.....19.
L.....4.500.-----	M.....13.
	T.....5.
	E.....0.

Alta pedida.

La herida cicatrizó por primera intención. La tos se ha hecho más frecuente

-133.-

y penosa. En los últimos días se percibían estertores en los vértices. Con dificultad logré que arrancara algunos esputos mucosos, y, hecha una preparación, no conseguí encontrar en toda ella más que un solo bacilo de Koch, pero sí muchos cocos, predominando los grupos de dos.

La diarrea y los dolores, que se mitigaron después de la operación, á pesar del régimen exclusivamente lácteo, volvieron á exacerbarse coincidiendo con el aumento de la temperatura.

En resumen: estado general y local han empeorado.

Luego supe que falleció el 23 de Abril.

XXXXXXXXXXXX

-134.-

OBSERVACIÓN NÚM. 15.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 19. — ARTRITIS TUBERCULOSA DE LA  
RODILLA.

T. L., de 18 años.- Ingresó el 17 de Marzo.

La artritis, que es de la rodilla izquierda, data de treinta meses, y el enfermo ha podido andar sin ningún auxilio hasta hace un mes.

Pierna en flexión moderada, rodilla poco aumentada de volumen, y escasos dolores.- Muy buen estado general.

Análisis practicado el 22 de Marzo.

H.....0,96.

R.....5.124.000.

L.....7.100.

P.....55.  
L.....31.  
M.....3.  
T.....4.  
E.....7.

Día 23 de Marzo: Resección. No hay pus.

XXXXXXXXXXXXXX



-135.-

OBSERVACION NÚMº 16.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H.-C. 24. — ARTRITIS TUBERCULOSA DE LA  
RODILLA.

S. A., de 24 años.- Ingresó el 18 de Febrero.

La enfermedad data de dos años, y se desarrolló á consecuencia de un traumatismo en la rodilla derecha.- No hay síntomas pulmonares, buen estado general.

Análisis practicado el día 15 de Marzo.

H.....102.

R.....4.696.000.

L.....6.200.-----	P.....60.
	L.....25.
	M.....5.
	T.....6.
	E.....4.

Operado el 16 de Marzo, se encuentra la sinovial llena de fungosidades, poco alterados los cartílagos, nada los huesos, y una pequeña colección de pus detrás de la cabeza de la tibia.

-136.-

OBSERVACION NÚMERO 17.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H.- C. 14.— COXALGIA CON ABSCESO CERRADO.

M. F., de 14 años.— Ingresó el 3 de Marzo.

Padece una coxalgia desde hace 18 meses, y en la parte ántero-superior del muslo hay una tumoración francamente fluctuante. No hay fístulas.

El estado general es mediano; pero no hay ningún síntoma pulmonar.

Análisis practicado el día 8 de Marzo.

H.....0,71.

R.....4.744 .000.

L.....10.800.-----  
P.....61.  
L.....30.  
M.....2.  
T.....3.  
E.....4.

Operado el día 9, sale medio litro de pus seroso del absceso, y se encuentran lesiones muy avanzadas en la articulación.

La siembra del pus en agar da colonias puras de estafilococo.

XXXXXXXXXXXXXX

-137.-

OBSERVACIÓN NÚMº 18.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 7. - ARTRITIS TUBERCULOSA DE LA  
RODILLA.

B. L., de 9 años.- Ingresó el 14 de Octubre.

Trayectos fistulosos en la rodilla, con escasa supuración.- Buen estado general.

Fecha del padecimiento, dos años.

Análisis practicado el día 2º.

L.....9.000.

Día 30.- Amputación de muslo.

Después de la operación.

L.....16.100.

XXXXXXXXXXXX

-138.-

OBSERVACIÓN NÚMº 19.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 18. - COXALGIA SUPURADA.

A. B., de 8 años.- Ingresó el 13 de Octubre.

No recuerda la fecha del padecimiento.- Hay dos trayectos fistulosos, con escasa supuración.

Estado general, excelente.

Análisis practicado el día 29.

R.....5.168.000.

L.....15.700.

Día 30.- Desarticulación coxo-femoral.- Se escapa el tubo de isquemia, y el enfermo pierde bastante sangre.

Tres horas después de la operación.- El enfermo, que había quedado pálido, frío y con pulso muy pequeño, comienza á reaccionar con suero, calor y cafeina.

R.....3.660.000.

L.....75.300.

-139.-

Dos días después, supuración abundante, que pronto se hizo muy escasa.-  
Gran apetito y mejoría rápida.

Día 23 de Diciembre.- Terminando la cicatrización.- Alguna gota de pus.

R.....	4.984.000.	P.....	52.
		L.....	33.
L.....	14.800.----	M.....	2.
		T.....	3.
		E.....	10.

~~~~~  
~~~~~

-140.-

OBSERVACIÓN NÚM. 20.

XXXXXXXXXXXX

SALA H.-C. 2. — COXALGIA Y CARIES COSTAL  
SUPURADAS.

J. S., de 16 años.- Ingresó el 24 de Marzo.

Hace cinco años, ascitis que curó con tratamiento médico.

La coxalgia, desarrollada á consecuencia de un traumatismo, data de dos años, y la tuberculosis costal comenzó siete meses después.

La supuración, que apareció pronto en la cadera y en la pared torácica, es ahora abundante en ambos sitios.

En el vértice derecho, macidez y respiración muy apagada; en el izquierdo, timpanismo y rudeza.

No tose, pero, á mis ruegos, arranca algunos esputos mucosos, en los cuales se ven escasos cocos y ningún bacilo de Koch.

Enfermo muy demacrado, fiebre por las tardes, sudores nocturnos, regular apetito, no hay trastornos digestivos, pulso pequeño y frecuente.

-141.-

Análisis practicado el día 14 de Abril.

H.....0,48.

R.....3.968.000.

L.....11.200.-----

P.....86.  
L.....8.  
M.....3.  
T.....3.  
E.....1 en 500.

Día 15.- Desarticulación coxo-femoral. Se escapa el tubo de isquemia y pierde bastante sangre por las ramas de la iliaca interna; la femoral, tenía pinza.- Duración, 25 minutos.

Después de la operación: enfermo, aunque aplanado, se queja de dolores.- 35°,8.- Pulso, 125, muy pequeño.

H.....0,44.

R.....3.440.000.

L.....71.200.-----

P.....94.  
L.....3.  
M.....1.  
T.....2.  
E.....0.

-142.-

Tarde.- 36°,3.- Pulso, 121.- Mucha sed.

Día 16.- Mañana.- 37°.— 130.

H.....0,40.

R.....3.152.000.

L.....43.800.

Tarde.- 37°,6.— 122.

Día 17.- Mañana.- 37°,1.— 120. ,, - 37°,6.— 122.

Día 18.- ,, - 37°,3.— 115. Se quita el apósito, que está manchado.-

Supuración abundante.

H.....0,35.

R.....2.960.000.

L.....21.300.

Tarde.- 37°,5.— 115.

En los días que siguen, temperatura, pulso y supuración continúan lo mismo, con pequeñas variaciones.



-143.-

H.....0,35.

Día 21.-----R.....2.520.000.

L.....18.800.-----

P.....89.  
L.....8.  
M.....1.  
T.....2.  
E.....3 en 500.

Día 4 de Mayo.----- Tarde 39°.— P.142.

Se ha formado un pequeño absceso en la parte interna del muñón.

Día 5.— Mañana.— 38°.

H.....0,28.

R.....2.160.000.

L.....13.800.-----

P.....79.  
L.....11.  
M.....5.  
T.....5.  
E.....3 en 500.

Tarde.— 38°,3.— P.135.

En los días siguientes, por las tardes 38°.— 39°.— P. 130-140.

-144.-

H.....0,35.

Día 21.-----R.....2.680.000.

L.....12.300.-----

P.....83.  
L.....8.  
M.....6.  
T.....3.  
E.....0.

El estado general, que decayó después de la operación, ha mejorado ligeramente en los últimos días, se levanta algunos ratos, y comé con regular apetito.- La supuración, aunque ha disminuido un poco, continúa abundante. En los síntomas pulmonares no se encuentra variación.

El enfermo pide el alta.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

-145.-

OBSERVACIÓN NÚMº 21.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA 34. H. - C. 12. — ARTRITIS TUBERCULOSA DE  
LA RODILLA.

J. D., de 23 años.- Ingresó el 15 de Noviembre.

Hace siete años, dice el enfermo que padeció frecuentes catarros y varias hemoptisis. Después no ha vuelto á resentirse del pecho. Cuatro años después, á consecuencia de un golpe en la rodilla derecha, se desarrolló un tumor blanco. Las lesiones parecen poco avanzadas, extiende la pierna por completo, y la flexión está un poco limitada. Sin embargo, como los medios extraarticulares no han producido ningún alivio y la rodilla va aumentando de volumen, el enfermo solicita la intervención quirúrgica.

El estado general es excelente, y no se observa ninguna alteración por parte de los pulmones.

Análisis practicado el 24 de Enero.

-146.-

R.....5.380.000.

	P.....	59.
	L.....	31.
L.....5.700.-----	M.....	4.
	T.....	5.
	E.....	1.

Día 27.- Operado, se encuentra la sinovial llena de fungosidades. No hay pus. Artrectomía.

Tardē.- 38°,5.- Muchos dolores.

Día 28.----- , , - 39°

Día 29.- Se levanta el apósito: sangre retenida, pus abundante.

En los días que siguen, temperatura alrededor de 38°,5 por las tardes.

Análisis practicado el día 4 de Febrero.

R.....4.272.000.

	P.....	86.
	L.....	11.
L.....17.600.-----	M.....	1.
	T.....	2.
	E.....	0.

Después, la rodilla, unas temporadas más, otras menos, no deja de supurar.

-147.-

En Abril se hace la supuración abundante, y el enfermo, que ha decaído mucho, presenta señales evidentes de tuberculosis pulmonar.

En Mayo, fiebre héctica, mucho pus, esputos plagados de bacilos. El enfermo acepta la desarticulación coxo-femoral.

Análisis practicado el día 15.

H.....0,75.

R.....4.696.000.

L.....11.600.---

P.....81.

L.....6.

M.....7.

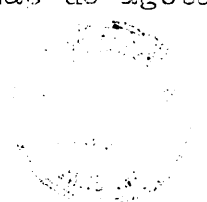
T.....6.

E.....3 en 500.

Día 16.- Se practica la desarticulación.- Los tejidos del muslo están completamente llenos de pus. Al cortar los músculos periarticulares, se abre un absceso y sale con violencia gran cantidad de pus fétido.

Después persiste la fiebre, y la supuración no lleva trazas de agotarse.

XXXXXXXXXXXXXX



OBSERVACIÓN NÚMº 22.

XXXXXXXXXXXX

SALA 34.-H.- C. 6. — TUBERCULOSIS TIBIO-TARSIANA

S. N. de 22 años.- Fué licenciado del servicio de las armas por tuberculosis pulmonar, habiendo tenido varias hemoptisis. Poco después comenzó á enfermar la articulación tibio-tarsiana izquierda; desde hace seis meses, trayectos fistulosos y supuración insidiosa.

Tuberculosis pulmonar y caquexia avanzadas.

Análisis practicado el 26 de Enero.

R.....3.140.000

	P.....74.
	L.....19.
L.....25.600.---	M.....2.
	T.....5.
	E.....1 en 500.

Día 27.- Amputación en el tercio superior de la pierna, pues por debajo de dicho punto están muy alterados los tejidos, y, aún en éste, aparecen sospechosos.

-149.-

Día 29.- Se levanta el apósito, que está manchado, y sale una gran cantidad de pus. Este aumenta considerablemente en los días siguientes, á pesar de nuestro esmero en las curas, se infiltra por todo el muslo y no parece sino que todos los tejidos se funden en pus. El enfermo decae rápidamente y muere el día 8 de Febrero.

La temperatura 37° - 37,5 por las mañanas, 37,5- 38° por las tardes.

Análisis practicado el día 4 de Febrero.

H.....0,35.

R.....2.904.000.

L.....26.600.-----

P.....89.

L.....5.

M.....2.

T.....4.

E.....0.

9999999999999999

-150.-

OBSERVACIÓN NÚMº 23.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 9. — COXALGIA Y TUBERCULOSIS PUL-  
MONAR CONSECUTIVA.

D. M., de 25 años.- Un hermano padeció tumor blanco de la rodilla, y murió de tuberculosis pulmonar.

A nuestro enfermo, después de practicar la resección de cadera por coxalgia supurada, se le tuberculizan también los pulmones.

Actualmente, los esputos están plagados de bacilos; supuración abundante en la cadera, diarrea intensa, fiebre hética, demacración extrema.

Análisis practicado el día 7 de Abril.

H.....0,55.

R.....3.480.000.

L.....15.800.-----

P.....73.

L.....15.

M.....6.

T.....6.

E.....1 en 500.

XXXXXXXXXXXXXX



-151.-

OBSERVACIÓN NÚMº 24.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 26. -- ABSCESO POR CONGESTIÓN.

M. M., de 27 años, carbonero.- Ingresó el 12 de Enero.

Tiene en la ingle derecha una tumoración como el puño, tensa, fluctuante y con la piel ligeramente roja en la parte inferior. Se ha desarrollado en tres meses, lentamente y sin provocar ningún trastorno local ni general. Solamente desde hace pocos días siente ligeros dolores en la ingle, cuando hace algún esfuerzo.

El enfermo, por su oficio, carga grandes pesos en la espalda sin molestia alguna. Es un sujeto vigoroso y sin ningún antecedente patológico.

Se le opera el día 13, y sale sobre un litro de pus seroso, que parece seguir la vaina del psoas. Mezclados con el pus se encuentran varios sequestritos pequeños.- Lavado con la solución bórica y desagüe con tubo de cristal. La intervención ha durado muy poco, y no se ha perdido nada de sangre.

El curso postoperatorio ha sido excelente; á los pocos días queda agotada

-152.-

la supuración, se sustituye el tubo por mecha de gasa, y el día 30 falta muy poco para cicatrizar por completo la herida.- La temperatura no ha pasado de 37°,2.

Análisis practicado el

	.R.....4.568.000.		P.....67.
	.		L.....29.
<u>Día 12.</u> -----	.L.....5.200.-----	M.....1.	
	.	T.....1.	
	.	E.....2.	

-----

	.R.....3.976.000.		P.....72.
	.		L.....23.
<u>Día 13.</u> -----	.L.....8.200.-----	M.....2.	
	.	T.....1.	
	.	E.....2.	

-----

	.R.....4.832.000.		P.....67.
	.		L.....28.
<u>Día 16.</u> -----	.L.....5.000.-----	M.....1.	
	.	T.....1.	
	.	E.....3.	

-153.-

	P.....	51.
	L.....	41.
Día 19.-----	L.....4.800.---	M..... 2.
		T..... 1.
		E..... 5.

-----

	.R.....4. 628.000.	
	.	P.....61.
	.	L.....31.
Día 30.-----	.L.....7.200.---	M..... 1.
	.	T..... 2.
	.	E..... 5.

-----

Bajo la piel del vientre de un conejillo de Indias inoculé 2 c. c. del pus obtenido en la operación, sin resultado alguno, á pesar de haber tenido en observación al animal durante tres meses.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



-154.-

O B S E R V A C I Ó N   N Ú M º   25.

XXXXXXXXXXXXXX

S A L A   M . - C . 10 . - A B S C E S O   F R Í O .

E. R., de 47 años.- Ingresó el 9 de Abril.

Presenta debajo de la axila izquierda una tumoración como una naranja grande, algo roja en su parte inferior y de consistencia dudosa, que se ha desarrollado en seis meses, sin producir ningún trastorno local ni general.

Análisis practicado el día 12.

H.....0,94.

R.....4.808.000.

L.....8.900.-----

P.....88.

L.....7.

M.....2.

T.....3.

E.....1 en 600.

Día 13.- Incisión. Pus seroso con muchos grumos.- Hecha una preparación por el método Gabbet, no se encuentra ningún microorganismo.

La enferma curó en pocos días, sin accidente.

XXXXXXXXXXXXXX

-155.-

OBSERVACIÓN NÚMº 26.

XXXXXXXXXXXX

ABSCESO FRÍO.

S. C., de 46 años, viene á la consulta el día 16 de Marzo. Tiene un absceso grande en la región súpero-externa del muslo derecho, que data del mes de Noviembre, y se ha desarrollado insidiosamente. No hay síntomas de coxalgia; probablemente, el pus viene del iliaco.

El estado general es mediano, pero el enfermo dice que no se ha resentido por la enfermedad actual. Respiración ruda y con sacudidas en los vértices pulmonares.

Análisis practicado el día 16.

H.....0,80.

R.....4.192.000..

L.....12.500.---

P.....80.

L.....10.

M.....2.

T.....6.

E.....2.

El mismo día, una pequeña incisión da salida á un litro de pus seroso.

XXXXXXXXXXXX

-156.-

OBSERVACIÓN NÚMº 27.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 17. — LIPOMA EN LA ESPALDA.

M. H., de 42 años.- Ingresó el 9 de Abril.

El tumor, que data de un año y es como una naranja, está situado entre la fosa supra-espinosa derecha y la columna vertebral.

El enfermo padece erupciones herpéticas y jaquecas, desde muy joven.

Análisis practicado el 11 de Abril.

H.....0,97.

R.....4.696.000.

L.....6.500.---

P.....67.  
L.....21.  
M.....3.  
T.....4.  
E.....5.

XXXXXXXXXXXXXX

OBSERVACIÓN NÚMº 28.

XXXXXXXXXXXXXX

OSTEO-CONDROMA DE LA MANO.

A., G., de 28 años, tiene en la palma de la mano derecha un tumor como una nuez, duro, indolente, sin producir más que los trastornos mecánicos dependientes de su volumen y región que ocupa.

Fecha del padecimiento: seis años.

Análisis practicado el 18 de Febrero.

H.....0,95.

R.....4.592.000.

L.....6.200.---

P.....75.

L.....19.

M.....3.

T.....3.

E.....1. en 400.

Operado el 3 de Marzo, se encuentra un osteo-condroma, que invade la extremidad inferior de los metacarpianos segundo y tercero.

XXXXXXXXXXXXXX

-158.-

OBSERVACIÓN NÚMº 29.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 9. — FIBRO - ADENOMA QUÍSTICO DE  
LA MAMA.

P. M., de 23 años, casada.- Ingresó el 3 de Febrero.

Una tía de la enferma murió de cáncer de la mama.

Tumor como una nuez en el pecho izquierdo, no muy duro, indolente, móvil y sin alteraciones ganglionares.

Está embarazada de tres meses.

Análisis practicado el 19 de Febrero.

H.....0,78.

R.....4.096.000.

	P.....65.
	L.....27.
L.....9.900.-----	M.....4.
	T.....3.
	E.....1.

XXXXXXXXXXXXXX



-159.-

OBSERVACIÓN NÚMº 30.

XXXXXXXXXXXXXX

CLÍNICA DE GINECOPATÍA. - C. 22. - CISTOMA  
PAPILÍFERO DEL OVARIO.

J. E., de 27 años.- Ingresó el 13 de Marzo.

Vientre como en ascitis grande.- Buen estado general.- Fecha del padecimiento, un año.

Análisis practicado el 15 de Marzo.

H.....0,81.

R.....4.584.000.

L.....10.700.

XXXXXXXXXXXXXX



-160.-

OBSERVACIÓN NÚMº 31.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 4. — EPITELIOMA DEL LABIO IN-  
FERIOR.

A. B., de 42 años.

La neoplasia comprende todo el labio.

Fecha del tumor, 11 meses.

No hay ganglios invadidos.- Buen estado general.

Análisis practicado el 29 de Abril.

H.....0,87.

R.....4.168.000.

L.....12.000.-----

P.....91.  
L.....6.  
M.....1.  
T.....2.  
E.....2 en 500.

XXXXXXXXXXXXXX

-161.-

O B S E R V A C I Ó N   N Ú M º   32.

XXXXXXXXXXXX

S A L A   34. H. - C. 26. —   E P I T E L I O M A   D E L   L A B I O

I N F E R I O R .

M. D., de 76 años.- Apareció el tumor hace dos años. Hoy comprende todo el labio, y los ganglios submaxilares están muy voluminosos.

Análisis practicado el día 12 de Enero.

R.....5.140.000

	P.....77.
	L.....21.
L.....11.300.---	M.....1.
	T.....1.
	E.....0.

XXXXXXXXXXXX

-162.-

OBSERVACIÓN NÚMº 33.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H.- C. 20.— EPITELIOMA DEL LABIO INFERIOR

D. O., de 48 años, labrador.— Ingresó el 4 de Febrero.

Un hermano murió de epiteloma de la cara.

El que padece el enfermo ha destruido el labio inferior hasta el surco mento-labial. Data de dos años, y, desde hace ocho meses, se ha acelerado la marcha. Los ganglios submaxilares de ambos lados están invadidos.

El estado general es bueno, sin haberse alterado por la enfermedad.

Resultado del análisis practicado el 17 de Febrero.

H.....102.

R.....5.219.000.

L.....9.100.-----

P.....62.  
L.....23.  
M.....2.  
T.....3.  
E.....10.

XXXXXXXXXXXXXX

-163.-

OBSERVACIÓN NÚMº 34.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 3. — EPITELIOMA DE LA NARIZ.

A. G., de 64 años.- Ingresó el 29 de Marzo.

Apareció el tumor hace 28 años, alcanzando escasas dimensiones, y en el pasado se aceleró el crecimiento. Actualmente comprende casi toda la nariz, y está ulcerado.

No se encuentran ganglios invadidos. Buen estado general.

Análisis practicado el día 5 de Abril.

H.....0,86.

R.....4,456.000.

L.....6,100.-----

P.....64.  
L.....20.  
M.....5.  
T.....3.  
E.....8.

XXXXXXXXXXXXXX

-164.-

OBSERVACIÓN NÚM. 35.

XXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 12. — EPITELIOMAS DE LA MEJILLA.

C. I., de 54 años.- Ingresó el 15 de Marzo.

Tiene dos epitelomas pequeños cerca del ángulo externo del ojo derecho.-

Uno data de un año y el otro de dos meses.

Buen estado general.- La madre de la enferma murió de cáncer uterino.

Análisis practicado el día 20.

H.....100.

R.....4.936.000.

L.....5.400.

XXXXXXXXXXXX

-165.-

OBSERVACIÓN NÚMº 36.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 16. — EPITELIOMA DEL PENE.

G. A., de 61 años.- Ingresó el 3 de Diciembre.

Epitelioma ulcerado, que comprende todo el glande y el prepucio, sin invasión ganglionar, con dos años de fecha, y desarrollado á consecuencia de un traumatismo.

Análisis practicado el día 10.

L.....11.200.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-166.-

OBSERVACIÓN NÚMº 37.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. I. - CÁNCER LARINGEO.

I. H., de 50 años.- Ingresó el 10 de Diciembre.

Aunque el tumor no es voluminoso, dificulta la respiración y produce de vez en cuando fuertes accesos de disnea. Ha invadido los tejidos próximos y los ganglios de la región anterior del cuello.- Fecha del padecimiento, un año.

Enfermo muy flaco y de mal color.

Análisis practicado el 11 de Diciembre.

P.....84.

L..... 8.

L.....13.100.-----M..... 4.

T..... 2.

E..... 2.

XXXXXXXXXXXX



-167.-

O B S E R V A C I Ó N   N Ú M º   3 8 .

XXXXXXXXXXXXXX

S A L A   H . -   C . 1 . -   C Á N C E R   L A R I N G E O .

N. S., de 40 años.- Ingresó el 30 de Noviembre.

El neoplasma comprende la epiglotis, parte de la faringe y ha invadido un ganglio carotideo.- Data de 6 meses.- Estado general, mediano.

Análisis practicado el 3 de Diciembre.

L.....13.700.

XXXXXXXXXXXXXX

-168.-

OBSERVACIÓN NÚMº 39.

XXXXXXXXXXXX

SALA H.-C.24.—ESTENOSIS CANCEROSA DEL ESÓFAGO.

D. A., de 29 años.— Ingresó el 4. de Febrero.

Desde hace tres meses vomita inmediatamente cuantos alimentos sólidos toma, y desde hace quince días le sucede lo mismo con los líquidos, alimentándose exclusivamente con enemas.

La sonda esofágica se detiene cerca del cardias.

Este enfermo ha llegado á un grado extremo de caquexia y enflaquecimiento. El pulso es miserable. El vientre, excavado en forma de barquilla, tiene su pared anterior en contacto con la columna vertebral; estreñimiento absoluto.

Suero y enemas alimenticios durante los días 4, 5, 6 y 7.

Análisis practicado el día 7.

H.....0,92.

R.....5.412.000.—Muy regulares.

L.....13.500.-----

P.....87.  
L.....8.  
M.....3.  
T.....2.  
E.....0.

. Día 8.- Laparotomía. Cáncer en la extremidad inferior del esófago, voluminoso y con adherencias. Gastrostomía. La operación, que ha sido muy bien tolerada ha durado 35 minutos, consumiéndose 30 gramos de cloroformo.

Análisis practicado inmediatamente después de la operación.

H.....0,92.

R.....5.424.000.

L.....10.400.---

P.....93.  
L.....4.  
M.....2.  
T.....1.  
E.....0.

A pesar del esmero y cuidado con que se ha llevado la alimentación por la fístula gástrica, y de todos los esfuerzos realizados por levantar las energías del enfermo, el decaimiento se ha ido acentuando de día en día y falleció el 14

XXXXXXXXXXXXXX

-170.-

OBSERVACIÓN NÚMº 40.

XXXXXXXXXXXXXX

CLÍNICA DE GINECOPATÍA. - C. 25. — MIOMA DEL  
ÚTERO CON DEGENERACIÓN CARCINOMATOSA.

C. V., de 49 años.- El carcinoma ha invadido, además del útero, las vísceras contiguas, los ganglios abdominales y uno de la región supraclavicular izquierda.- Caquexia muy avanzada.- Fecha del padecimiento, 7 meses.

Análisis practicado el 1 de Febrero.

H.....0,50.

R.....3.032.000.- Un poco alterados.

P.....76.

L.....21.

L.....9.100.-----M..... 1.

T..... 1.

E..... 1.

XXXXXXXXXXXXXX

-171.-

OBSERVACIÓN NÚMº 41.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA M. - C. 10. — ADENOMA CARCINOMATODES  
DEL HÍGADO.

I. A., de 47 años.- Ingresó el 18 de Noviembre.

Desde hace dos años, de tiempo en tiempo, dolores que la enferma refiere al estómago, poco apetito, malas digestiones y estreñimiento. En el epigastrio hay una tumoración difusa y dolorosa á la presión.

Mal estado general; caquexia avanzada.

Análisis practicado el día 22.

R.....4.208.000.

	P.....75.
	L.....18.
L.....8.000.---	M.....5.
	T.....2.
	E.....1. en 500.

Día 23.- Laparotomía. Se encuentra la superficie del hígado sembrada de

-172.-

pequeños nódulos blanquecinos y blandos. Después de extirpar uno para analizarle, se sutura el abdomen.

Después de la operación.

L.....14.500.

La herida cicatrizó bien, y la enferma salió del Hospital el 19 de Marzo; pero la caquexia siguió progresando. Poco tiempo después falleció en su pueblo.

\*\*\*\*\*

-173.-

OBSERVACIÓN NÚMº 42.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 4. — CARCINOMA DE LA MAMA.

M. O., de 42 años, casada.- Ingresó el 4 de Febrero de 1.904. Hace 20 meses se le extirpó la mama izquierda por carcinoma. No había invasión ganglionar. Ahora presenta una cicatriz normal.

En la mama derecha hay un tumor pequeño, duro, poco doloroso, movable y sin retracción del pezón. No se encuentran ganglios invadidos en las axilas. Buen estado general.

Resultado del análisis practicado el 9 de Febrero.

H.....0,90.

R.....3.988.000.

L.....10.600.-----

P.....69.  
L.....20.  
M.....3.  
T.....2.  
E.....6.

XXXXXXXXXXXXXX

-174.-

OBSERVACIÓN NÚMº 43.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 11. - CARCINOMA DE LA MAMA.

M. L., de 44 años.- Ingresó el 14 de Febrero.

Tumor como una naranja en la mama derecha, adherido á la piel, pero sin ulcerarla.

Algunos ganglios pequeños en la axila.

Muy buen estado general.

Análisis practicado el 15 de Febrero.

H.....0,75.

R.....4.244.000.

L.....10.000.-----

P.....64.  
L.....27.  
M.....3.  
T.....4.  
E.....2.

XXXXXXXXXXXXXX



-175.-

OBSERVACIÓN NÚMº 44.

XXXXXXXXXXXX

CLÍNICA QUIRÚRGICA 2º CURSO.- SALA M.- C. 3. -

CARCINOMA DE LA MAMA.

A. P., de 41 años.- Tumor como un huevo en la mama izquierda, duro, doloroso á la presión, no ulcerado.- Invasión de los ganglios axilares.

Análisis practicado el 25 de Noviembre.

L.....5.500

XXXXXXXXXXXX

-176.-

O B S E R V A C I Ó N   N Ú M º   45.

XXXXXXXXXXXX

S A L A   M . - C . 9 . - C A R C I N O M A   D E   L A   M A M A .

M. R., de 55 años.- Ingresó el 15 de Diciembre.

Tumor voluminoso que comprende casi toda la mama derecha, duro, adherido á la piel que está violada y á punto de ulcerarse en la parte superior. Ganglios muy gruesos en la axila.- Fecha del tumor, dos años.

La enferma es excesivamente obesa y sanguínea, y su estado general no se ha resentido.

Análisis practicado el día de su ingreso.

	P.....	63.
	L.....	31.
L.....7.900.----	M.....	2.
	T.....	2.
	E.....	2.

XXXXXXXXXXXX

-177.-

OBSERVACIÓN NÚMº 46.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 14. — CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

M. V., de 57 años.- Ingresó el 10 de Noviembre.

Hace treinta meses, molestias en el estómago; un año después, digestiones dolorosas. Actualmente, dolores que se mitigan mucho con dieta de leche y huevos, gran pérdida de fuerzas, caquexia avanzada, tumor en la región umbilical.

Análisis practicado el día 12.

L.....5.500.

Día 13.- Laparotomía.- Cáncer como el puño en la pared posterior y curvatura mayor del estómago, con invasión del colon transversal y su meso.- El tumor comenzaba á ulcerarse en la cara inferior del colon.- Gastro-enterostomía Rusca. Duración, 20 minutos.

Análisis practicado después de la operación.

L.....4.800.

El 6 de Diciembre sale la enferma del Hospital, sin haber encontrado alivio.

XXXXXXXXXXXXXX

-178.-

OBSERVACIÓN NÚMº 47.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA H. - C. 5. - CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

D. A., de 28 años.- Ingresó el 26 de Noviembre.

Padeció paludismo y blenorragia en Cuba. Al poco tiempo de regresar á España, comienzan á perturbarse las digestiones, se presentan vómitos alimenticios, pirosis, fuertes dolores de estómago y estreñimiento; trastornos que, con exacerbaciones y remisiones, han persistido hasta ahora.

La percusión y la palpación no revelan nada.

Estado general pésimo. En flaquecimiento exagerado y gran pérdida de fuerzas.

Análisis practicado el día 29 de Noviembre.

	P.....	63.
	L.....	34.
L.....11.800.----	M.....	2.
	T.....	1.
	E.....	0.

Día 30.- Laparotomía. Cáncer no muy voluminoso del píloro, oculto debajo del hígado, con adherencias á éste y al páncreas. Ganglios invadidos.- Gastro-

-179.-

enterostomía Rusca.

Análisis practicado después de la operación.

	P.....	82.
	L.....	15.
L.....14.500.-----	M.....	2.
	T.....	1.
	E.....	0.

Tarde.- 36°,4.

Diciembre. En los días 1, 2 y 3, la temperatura varía entre 36°,1 y 37°,4

Día 4.- Mañana, 36°.

L.....10.500.

Día 14.- Levantado el apósito, supuran algunos puntos.

Día 19.- Supuración muy escasa.

	P.....	70.
	L.....	20.
L.....11.600.-----	M.....	5.
	T.....	3.
	E.....	2.

Día 4 de Enero.- Herida completamente cicatrizada. Se han aliviado mucho los dolores, solo vomita de tarde en tarde, y aunque las fuerzas son muy escasas, parece haber mejorado algo el estado general, y el enfermo se encuentra

-180.-

más animoso.

L.....8.700.

Pocos días después salió de la Clínica.

yyyyyyyyyyyyyyyy

-181.-

OBSERVACIÓN NÚMº 48.

XXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 14. - CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

M. G., de 63 años.- Ingresó el 10 de Diciembre.

Desde hace dieciocho meses, dolores de estómago, digestiones difíciles y algunos vómitos.-Notó el tumor hace tres meses.-Caquexia avanzada.-Diarrea.

Análisis practicado el día 11.

	P.....	86.
	L.....	11.
L.....9.000.----	M.....	2.
	T.....	1.
	E.....	2 en 500.

Día 12.- Laparotomía.- Cáncer que invade casi todo el estómago.- Adherencias múltiples.- Gastro-enterostomía.

En los días siguientes, la temperatura oscila entre 36°,1 y 37°,4; el pulso, aunque pequeño, es regular; pero la enferma va decayendo.

El día 20 tiene dos hematemesis pequeñas, el 23 y el 24 sube la temperatura á 39°, y muere el 25.

XXXXXXXXXXXX

-182.-

OBSERVACIÓN NÚM.º 49.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 15. — CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

F. F., de 35 años.- Ingresó el 22 de Enero.

Desde Mayo último, dolores de estómago, algunos vómitos alimenticios y estreñimiento; trastornos que han ido en aumento, sobre todo los dolores.

Entre el epigastrio y la región umbilical se nota un tumor como el puño, duro, doloroso á la presión y móvil.

La enferma, sin llegar á la caquexia, está bastante demacrada.- Muy poco apetito.

El análisis del jugo gástrico dió por resultado:

Acidez total 3 por 1.000

No hay ácido clorhídrico libre.

Ácidos orgánicos en gran cantidad, predominando el láctico.

Día 25.- Laparotomía.- Cáncer extenso, que ocupa casi toda la cara posterior del estómago y las dos curvaturas. No hay adherencias. Se extirpa todo el estómago, menos una pequeña parte del cardias, quitando también la primera



-183.-

porción del duodeno. Se ha perdido alguna sangre. Duración una hora. Cloroformo 90 gramos.

Antes, durante y después de la operación, se le han puesto 300 gramos de suero.

Análisis practicado poco tiempo antes de la intervención.

R.....	4.360.000	P.....	77.
		L.....	19.
L.....	10.200.---	M.....	2.
		T.....	2.
		E.....	1 en 500.

Tres horas después de la operación: 36°; enferma despejada, fuertes dolores en el vientre.

R.....	4.336.000.	P.....	87.
		L.....	9.
L.....	13.700.---	M.....	2.
		T.....	2.
		E.....	0.

Tarde, 36° 4.

Día 26..- Mañana, 37°.— Tarde 37° 2.  
.. 27..- ,, 37°.— Aparece menstruación.

-184.-

R.....4.204.000.

P.....87.  
L.....9.  
M.....2.  
T.....2.  
E.....0.

L.....15.200.-----

Tarde, 37°8.

Día 28.- Mañana.- 37°2.— Tarde.- 37°8.- El brazo izquierdo está aumentando de volumen y muy doloroso.- Se le aplican fomentos calientes con la solución de sublimado.

Día 29.- Mañana.- A las ocho, 39°.- El brazo está como en la tarde de ayer. Ha cesado la hemorragia menstrual.- A las once, 37°9.

R.....3. 424.000.

P.....93.  
L.....3.  
M.....2.  
T.....2.  
E.....0.

L.....18.000.-----

Tarde.- 37°5.

Día 30.- Mañana.- 37°5.— , , - 38°1.

Día 31.- , , - 37°3.— , , - 38°9.- La fiebre va precedida de escalos

-185.-

frios.- Inyecciones de clorhidrato de quinina.

Febrero.- Día 1.- Mañana, 37°5.— Tarde, 38°1.

Día 2.- Falleció.

Autopsia.- Gran absceso entre el estómago, mesocolon transversal y la pared abdominal.- Líquido parduzco y fétido en el peritoneo.

XXXXXXXXXXXXXX

-186.-

-OBSERVACIÓN NÚM. 50.

XXXXXXXXXXXX

S A L A M . - C . 4 . -- C Á N C E R D E L E S T Ó M A G O .

M. B. de 46 años, ingresó el 29 de Febrero.

No hay antecedentes hereditarios ni patológicos.

Hace un mes, dolores en la región pilórica y tumor como una almendra, según la enferma, en dicho punto. Dolores y tumor han ido en aumento, siendo éste ahora como el puño, duro, abollado y doloroso á la presión. Inapetencia, no ha tenido vómitos de ninguna clase y rige bien el vientre.

Enflaquecimiento y pérdida de fuerzas considerables, teniendo que abandonar la enferma sus ocupaciones desde hace quince días. Pulso muy pequeño.

Resultado del análisis practicado el día 3 de Marzo.

H.....0,74.

R....4.776.000.-Algo decolorados.

L.....13.200.-----

P.....92.  
L.....5.  
M.....1.  
T.....2.  
E.....0.

-187.-

Por la tarde se le ponen 500 gramos de suero.

Día 4.- Laparotomía.- Cáncer extenso con adherencias á la pared abdominal, colon transverso y páncreas.

Gastrectomía casi total. No hay estrechez pilórica; el tumor se extiende sobre todo por la cara posterior del estómago. La operación ha durado 45 minutos, consumiendo 50 gramos de cloroformo. Durante la misma se inyectan 500 gramos de suero.

Inmediatamente después de la operación, 36°.- 500 gramos de suero. No se percibe el pulso.

H.....0,77.

R.....4.624.000.

L.....16.600.-----

P.....	91.
L.....	5.
M.....	2.
T.....	2.
E.....	0.

Tarde.- 37°,4. La enferma está despejada.

-188.-

. Día 5.- Mañana, 37°,1.

H.....0,70.

R.....4.928.000.

L.....24.000.

Tarde, 37°,5.

Día 6.- Mañana, 37°,3. Timpanismo pronunciado; dolor á la presión, pero no espontáneo.

H.....0,70.

R.....4.504.000.

L.....21.000.-----

P.....95.

L.....2.

M.....2.

T.....1.

E.....0.

Tarde, 38°. Ha movido el vientre, empieza á tomar alguna cucharada de leche.

Día 7.- Mañana, 37°,5.

Tarde, 38°,3. El pulso que no se había notado hasta ahora, comienza á percibirse, aunque pequeñísimo.

-189.-

Día 8.- Mañana, 36°8.

H.....0,59.

R.....3.624.000.

L.....19.300.---

P.....90.  
L.....6.  
M.....2.  
T.....2.  
E.....0.

Tarde, 37°5. Pulso muy pequeño, sigue el timpanismo. Facciones alteradas.

Día 9.- A las ocho de la mañana, 38°8. Disnea intensa, facciones muy alteradas, no se percibe el pulso, gran timpanismo.

A las 11 de la mañana, agonía, sudor frío, en la axila 40°.

H.....0,64.

R....4.028.000.- Algún normoblasto.

L.....30.200.---

P.....82.  
L.....9.  
M.....7.  
T.....2.  
E.....0.

A las doce falleció.

-190.-

. Todos los días se le ha inyectado de 500 á 1.000 gramos de suero, y se le ha puesto enemas alimenticios.

Autopsia.- Gran cantidad de pus dentro del estómago y entre éste y el mesocolon transversal, comunicando ambas colecciones por la parte posterior de la sutura, que había cedido.

Probablemente, cedió en dicho punto porque fué completamente imposible extirpar toda la neoplasia, y allí comprendió la sutura tejidos alterados.

XXXXXXXXXXXX





-191.-

OBSERVACIÓN NÚMº 51.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 11. — CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

F. M., de 34 años.- Ingresó el 18 de Marzo.

Desde Junio último, vómitos, estreñimiento y demacración progresiva, teniendo que dejar sus ocupaciones (guarda-agujas), en Diciembre.

Ahora no puede abandonar la cama, enflaquecimiento exagerado, pulso apenas perceptible, y estado tan grave que el Dr. Ribera decide aplazar la intervención, hasta ver si se consigue reanimar al enfermo.

Análisis practicado el día 21.

H.....0,93.

R.....4.690.000.- Muy regulares.

P.....80.

L.....17.

L.....6.400.-----M.....2.

T.....1.

E.....C.

Con leche, huevos, alcalinos, enemas alimenticios y suero, han desapareci

-192.-

do casi por completo los vómitos y el estreñimiento, y ha mejorado algo el estado general. Sin embargo, el enfermo no tiene fuerzas para dejar el lecho.

Análisis practicado el 5 de Abril.

H.....C,90.

R.....4.112.000.- Regulares.

	P.....73.
	L.....19.
L.....4.900.-----	M.....4.
	T.....4.
	E.....3. en 500.

Vía 8.- Laparotomía.- Cáncer pilórico del tamaño de una mandarina, ulcerado en su parte superior; invasión del epiploon gastro-hepático; estómago dilatado; intestinos aplastados y de calibre muy disminuido.- Gastro-enterostomía Rusca.- Duración, 35 minutos.- Cloroformo, 70 gramos.

Tres horas después de la operación: 35,5; pulso, 68, muy pequeño, pero el aspecto del enfermo es bueno.

H.....C,92.

R.....4.424.000.

L.....8.300.

-193.-

Tarde.- 37°; pulso, 80, pequeño.

Día 9.- Mañana.- 36°; 9. — 78.

L.....8.500.

Tarde y días que siguen, sin novedad.

Día 11.-L.....6.500.

Día 1 de Mayo.- La herida cicatrizó sin complicación.- El enfermo no ha tenido vómitos, come con buen apetito, rige bien el vientre; pero está muy débil.

H.....0,53.

R.....2.816.000.

L.....5.800.

Los R. son algo desiguales, un poco pálidos; pero regulares.

Día 16.- Se levanta desde hace algunos días, tiene más fuerzas, mejor aspecto, y parece más nutrido.- Sin embargo, cuando anda un poco, aparece el edema en los pies.- Alta.

H.....0,75.

R.....3.536.000.

L.....7.000.

XXXXXXXXXXXX

-194.-

OBSERVACIÓN NÚMº 52.

~~XXXXXXXXXXXXXX~~

SALA H. - C. 21. — CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

R. R., de 30 años; hace uno tuvo una hematemesis abundante, después dolores poco intensos, algunos vómitos alimenticios, que ahora son diarios, y estreñimiento.

La palpación y percusión, nada revelan.

Mediano estado general.

Análisis practicado el día 17 de Abril.

H.....0,85.

R.....4.448.000.

	P.....80.
	L.....15.
E.....11.800.-----	M.....2.
	T.....1.
	E.....2.

Día 18.— Laparotomía.— Cáncer que ocupa la proximidad del cardias y casi toda la curvadura menor, con adherencias al hígado.

-195.-

Después de la operación.

L.....14.500.

Día 21.- El enfermo se ha desarreglado el apósito, y la herida, que está descubierta, no presenta nada anormal. Temperatura, 38°.

L.....7.900.

En los días que siguen, nada de particular.

Día 26.- Por la tarde comienza á tener hematemesis abundantes, y muere á las 11 de la noche.

Autopsia.- Estómago é intestinos llenos de sangre coagulada.- Dos ulceraciones en la curvatura menor, con vasos abiertos: una cerca del píloro, que estaba muy poco estrechado, y otra hacia la parte media, con adherencias al hígado.

XXXXXXXXXXXXXX

-196.-

OBSERVACIÓN NÚMº 53.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

SALAH. - C. 12. — CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

B. A., de 42 años, tiene digestiones pesadas y algún vómito alimenticio de  
de Noviembre, poco tiempo después de padecer una pulmonía.- No hay trastornos  
intestinales.

Dice que ha perdido carnes y energías, aunque el estado general no es malo  
- La palpación no proporciona datos claros.

Análisis practicado el 24 de Abril.

H.....0,82.

R.....4.696.000.

L.....7.100.-----

P.....71.  
L.....19.  
M.....4.  
T.....2.  
E.....4.

Día 25.- Laparotomía.- Cáncer como una mandarina, cerca del píloro, aunqu  
sin estrecharle.- Invasión del mesocolon transversal y algo el mesenterio.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

-197.-

OBSERVACIÓN NÚMº 54.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

S A L A M . - C . 3 . — C Á N C E R D E L E S T Ó M A G O .

M. G., de 41 años.- Ingresó el 14 de Mayo.

Desde hace un año, molestias, más bien que dolores, en el estómago. En Noviembre, comienza á tener vómitos cada cuatro ó cinco días, pero muy abundante.-Hace dos meses tuvo dos pequeñas hematemesis.- Poco apetito.- Estreñimiento.- Caquexia avanzada.- Por palpación, se percibe el tumor.

Análisis practicado el día 17.

H.....0,55.

R.....3.864.000.- Un poco alterados.

P.....77.

L.....17.

L.....4.000.-----M.....3.

T.....2.

E.....1.

Día 18.- Laparotomía.- Cáncer muy voluminoso, que ocupa la mitad derecha del estómago, incluso el píloro.- Adherencias múltiples.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

-198.-

OBSERVACIÓN NÚMº 55.-

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 14. — PERIGASTRITIS CONSECUTIVA

A ÚLCERA.

A. P., de 45 años.- Ingresó el 3 de Diciembre.

Desde hace dieciocho meses, dolores de estómago con irradiación á la espalda, que aumentan después de las comidas, obligándole algunas veces á provocar el vómito. En Agosto último, hematemesis y melena abundante. No se percibe tumor.

Enfermo un poco desnutrido.

Análisis practicado el día 8.

L.....8.500.

Día 9.- Laparotomía.- Perigastritis con adherencias múltiples.- Gastro-entérostomía Rusca. La operación ha durado 50 minutos, por las dificultades que oponen las adherencias.

Después de la intervención.

L.....13.500.  
XXXXXXXXXXXX



-199.-

OBSERVACIÓN NÚMº 56.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 15. — ESTENOSIS CICATRICIAL DEL  
PÍLORO.

C. C., de 34 años.- Ingresó el 18 de Enero.

Desde hace dos años, dolores de estómago. En Noviembre último, aumentan éstos y se presentan vómitos. En Diciembre, dos hematemesis abundantes y melena. Dolor á la presión en el epigastrio, con irradiaciones á la espalda, estreñimiento. Buen estado general.

Análisis practicado el día 11 de Febrero.

H.....0, 90.

R.....4.688.000.

L.....9.700.---

P.....77.  
L.....18.  
M.....2.  
T.....2.  
E.....1.

Día 12.- Laparotomía. Gruesas cicatrices en el píloro. Gastro-enterostomía por el procedimiento del Dr. Rusca. Al abrir el estómago, se derramó una peque-

-200.-

ña cantidad de jugo gástrico en el peritoneo. Duración, 25 minutos.

H.....0,91.

R.....5.164.000.

L.....,.,.,15.200.-----

P.....88.  
L.....7.  
M.....2.  
T.....3.  
E.....0.

Tarde, 37°7. Dolores en el vientre.

Día 13.- Mañana, 37°.Algunos vómitos oscuros, dolores, timpanismo. Dieta absoluta. 500 gramos de suero.

H.....0,90.

R.....5.032.000.

L.....22.200.-----

P.....91.  
L.....6.  
M.....1.  
T.....2.  
E.....0.

Tarde.-Siguen los vómitos, dolores y el timpanismo.500 gramos de suero.

-201.-

. Día 14.- Mañana, 37°,7. No hay vómitos; dolores y timpanismo, aliviados. Una cucharada de leche cada dos horas.

H.....0,90.

R.....5.240.000.

L.....19.200.-----

P.....	88.
L.....	7.
M.....	3.
T.....	2.
E.....	0.

Tarde, 37°,6.

Día 15.- Mañana, 37°. Se dispone que vaya aumentándose progresivamente la cantidad de leche que toma el enfermo.

Tarde, 38°,8. Cefalalgia, ningún síntoma peritoneal.

Día 16.- Mañana, 37°. Rañs eritematoso en la cara, cuello y tronco; pápulas pequeñas y discretas en todo el cuerpo.

H.....0,88.

R.....4.384.000.

L.....15.700.-----

P.....	85.
L.....	8.
M.....	3.
T.....	2.
E.....	2.

-202.-

Tarde, 38°,3.

Día 17.- Mañana, 37°,1. Ha desaparecido la erupción.

Tarde, 37°,1.

Día 18.- Mañana, 36°,7.-----Tarde, 37°,1.

Día 19.- Mañana, 36°,3.-----Tarde, 36°,5.

Día 20.- Mañana, 35°,9. Pulso muy débil. El enfermo siente gran necesidad de alimento. Se le da un poco de gallina.

Levantado el apósito, sale gran cantidad de pus cremoso por la herida.

H.....0,85.

R.....4.828.000.

L.....9.600.-----

P.....75.  
L.....13.  
M.....3.  
T.....3.  
E.....6.

En los días siguientes no ocurre novedad. La supuración se agota pronto.

Día 13 de Marzo.- La herida está completamente cicatrizada. El enfermo come con buen apetito, y han desaparecido los trastornos gástricos. Alta por cu-

ración.

H.....0,93.

R.....5.080.000.

L.....7.200.-----

P.....60.

L.....29.

M.....2.

T.....2.

E.....7.

Con el pus encontrado el día 20 hice varias preparaciones, una siembra en agar, é inoculé 2 c. c. bajo la piel del vientre á un conejillo de Indias.

En las preparaciones se ven muy escasos cocos, sueltos, en cadenas cortas y en grupos pequeños.

La siembra ha dado colonias puras de estafilococos.

En cuanto al conejillo, solamente los dos primeros días estuvo algo abatido y comía poco. En el punto inoculado, no se observó ninguna alteración.

XXXXXXXXXXXXXX

-204.-

OBSERVACIÓN NÚMº 57.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 21. - ESTENOSIS CICATRICIAL DEL  
PÍLORO.

G. D., de 29 años.- Ingresó el 7 de Marzo.

Desde hace diez años padece dolores de estómago y vómitos muy agrios. Estos se presentan una ó dos horas después de las comidas, y otras veces los provoca el enfermo para aliviar los dolores. Son tan abundantes, que al enfermo parece que vomita más que come. - Estreñimiento. De un año á esta parte se ha acentuado los trastornos anteriores, y el enfermo no puede dedicarse formalmente á las faenas del campo.

No ha tenido hematemesis ni melena.

Sujeto desnutrido, pero sin señales de caquexia.

Día 11.- Laparotomía.- Gruesas cicatrices que estrechan el píloro; estóma dilatado; intestinos de calibre reducido.- Gastro-enterostomía Rusca.

Muy buen curso postoperatorio. La temperatura mínima fué 35°6 inmediatamente

-205.-

te' después de la operación, y la máxima no pasó de 37°. - La herida cicatriza sin complicación, y el enfermo cura por completo en pocos días.

Análisis practicado el

	.H.....	105.	
	.		
	.R.....	5.456.000.	
<u>Día 10.</u> -----	.		P.....79.
	.		L.....14.
	.L.....	8.600.----	M.....3.
	.		T.....3.
	.		F.....1.

-----

	.H.....	109.	
	.		
	.R.....	5.924.000.	
<u>Día 11.</u> -----	.		
	.		
	.L.....	14.200.	

-----

Día 12.-----L.....9.000.

-----+-----

Día 13.-----L.....10.600.

-----+-----

H.....102.

Día 14.-----R.....5.512.000.

L.....8.400.

-----+-----

Día 16.-----R.....4.536.000.

-----+-----

H.....0,92.

Día 19.-----R.....4. 286.000.

L.....5.700.

-----+-----

H.....0,80.

Día 25.-----R.....4.296.000.

L.....4.900.

-----+-----

XXXXXXXXXXXXXX



-207.-

OBSERVACIÓN NÚM. 58.

XXXXXXXXXXXX

CLÍNICA DE OPERACIONES. - SALA M. - C. 14.

ESTENOSIS CICATRICIAL DEL PÍLORO.

A. I., de 35 años.- Ingresó el 5 de Abril.

Desde Noviembre, dolores poco intensos, pirosis, vómitos muy pertinaces y estreñimiento. Ha tenido varias hematemesis.

Pequeña tumoración en el píloro, y estómago dilatado.

Dice haber adelgazado mucho; pero, aunque el estado general es deficiente, no llega á verdadera caquexia, y la enferma ha podido dedicarse á sus ocupaciones hasta hace poco tiempo.

Análisis practicado el día 14.

H.....0,65.

R.....4.152.000.

L.....4.800.-----M..... 4.  
T..... 2.  
E..... 1.

P.....60.

L.....33.

-208.-

Día 16.- Laparotomía. Neoplasia de naturaleza dudosa en el píloro; pilororectomía.

La enferma curó en pocos días, y el análisis microscópico demostró que la neoplasia era cicatricial.

yyyyyyyyyyyyyy

-209.-

OBSERVACIÓN NÚM. 59.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA M - C. 14. — NEOPLASIA CICATRICIAL DEL  
ESTÓMAGO.

\*P. Q., de 29 años, viuda, no ha tenido familia.- Ingresó el 18 de Abril.

A las 13 años, anemia intensa. No estuvo reglada hasta los 18 años, y por entonces comenzó á tener dolores de estómago, que aumentaban durante la digestión y se aliviaban con el vómito (muy agrio), natural ó provocado.

Actualmente, los dolores exigen inyecciones de morfina, por su intensidad y no permiten la exploración física del estómago. La enferma se alimenta desde hace bastante tiempo con leche y huevos. Está pálida, pero no caquética.

Análisis practicado el día 19.

H.....0,55.

R.....4.368.000.- Muy alterados.

	P.....80.
	L.....12.
L.....4.500.-	M.....3.
	T.....4.
	E.....1.

-210.-

Día 22.- Laparotomía.- Estómago pegado á la pared abdominal. Al desprenderle, se rasga en la cara anterior. Está bilobulado y plegado en dicha cara por la retracción de gruesas masas cicatriciales (según demostró el análisis microscópico), que ocupan la curvatura menor.- Gastrectomía casi total.- Se ha perdido alguna sangre, y ha caído un poco de jugo gástrico en el peritoneo.- Duración, 40 minutos.

Después de la operación: 36°3.- Pulso, 82. Pequeño.

H.....0,52.

R.....3.872.000.

L.....15.400.

Tarde.- 38°4.— 120. Más amplio

y tenso.- Gran opresión en el pecho.- Inyección de morfina.

Día 23.- Mañana.- 37°9. — 100.- La enferma presenta buen aspecto.- Aunque sin dormir, ha descansado durante la noche.- Pocos dolores de vientre. Ha desaparecido la opresión.

H.....0,52.

R.....3.416.000.

L.....8.600.

-211.-

Tarde.- 38°,6. — 95.

Día 24.- Mañana.- 38° — 97.

H.....0,36.

R.....2.808.000.

L.....8.200.

Tarde.- 38°,5. — 100.

Día 25.- Mañana.- 37° — 84.

H.....0,32.

R.....2.584.000.

L.....8.200.

Tarde.- 37°,5. — 96.

Día 26.- Mañana.- 37° — 80.

H.....0,33.

R.....2.736.000.

L.....5.100.-----

P.....90.

L.....4.

M.....3.

T.....2.

E.....1.

Tarde.- 37°,5. — 85.

-212.-

En los días que siguen, no ocurre novedad, salvo una ligera indigestión que tuvo cuando comenzó á tomar alimentos sólidos, y que curó, sin consecuencias, con un purgante.

La herida cicatrizó por primera intención, y la enferma sale de la Clínica completamente bien el día 17 de Mayo.- Tiene buen apetito, y se le recomiendan alimentos de fácil digestión.

Análisis practicado el

H.....0,34.

Día 29 de Abril.---R.....3.088.000.

P.....82.

L.....10.

L.....6.000.----M.....2.

T.....3.

E.....3.

-213.-

H.....0,35.

Día 8 de Mayo.-----R.....3.208.000.

	P.....73.
	L.....15.
L.....5.500.-----	M.....6.
	T.....3.
	E.....3.

-----

H.....0,35.

Día 17.-----R.....3.312.000.

	P.....77.
	L.....8.
L.....4.500.-----	M.....7.
	T.....3.
	E.....5.

TTTTTTTTTTTTTTTT

-214.-

OBSERVACIÓN NÚMº 60.

XXXXXXXXXXXX

SALA H.-C 26 —SARCOMA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

Niño de 8 años.- Tumor como el puño.- Muy buen estado general.

Análisis practicado el día 27 de Febrero.

H.....0,81.

R.....4.576.000.

	P.....62.
	L.....16.
L.....11.300.---	M.....8.
	T.....8.
	E.....6.

Día 29.- Extirpación.- Tarde, 37°

Día 1º de Marzo.- Á las 8 y media de la mañana, y mientras se le tomaba la temperatura, falleció de repente.

Autopsia.- Á pesar de hacerla completa y con gran escrupulosidad, no se encontró nada que explicara la muerte.

XXXXXXXXXXXX



-215.-

OBSERVACIÓN NÚMº 61.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 6. — SARCOMA DEL RADIO.

P. M., de 58 años.- Ingresó el 8 de Mayo.

El tumor, que es como una mandarina, data de seis meses y está implantado en el tercio superior del radio derecho.

Análisis practicado el día 15.

H.....0,93.

R.....4.584.000.

L.....5.700.

XXXXXXXXXXXX

-216.-

OBSERVACIÓN NÚMº 62.

XXXXXXXXXXXX

S A L A H . - C . 2 . — S A R C O M A D E L A E S P A L D A .

V. M., de 57 años.- Ingresó el 20 de Mayo.

Tumor enorme con quistes hemáticos en su interior, que comprende la región supra-mamaria izquierda, axila y toda la mitad posterior del mismo lado del tórax. Estado general caquéctico.- Fecha de la neoplasia, tres meses.

Análisis practicado el 24 de Mayo

H.....0,75.

R.....4.424.000.

L.....11.100.

XXXXXXXXXXXX

-217.-

OBSERVACIÓN NÚMº 63.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 14. — MIXO-SARCOMA DEL MUSLO.

C. A., de 43 años.- Ingresó el 18 de Febrero.

Tumor voluminoso, como una cabeza, que ocupa la región súpero-interna del muslo izquierdo, sin producir más que los trastornos mecánicos dependientes de su excesivo desarrollo. Apareció hace tres años, y fué extirpado á los ocho meses, alcanzando el tamaño de una naranja. Ocho meses después de la extirpación, recidivó, creciendo lentamente hasta hace poco tiempo.

Muy buen estado general. Operada el 24 de Febrero, se vió que el tumor estaba implantado en el trocánter menor del fémur.

Resultado del análisis practicado el 23 de Febrero.

H.....103.

R.....5.352.000.

L.....9.200.-----

P.....76.  
L.....15.  
M.....2.  
T.....4.  
E.....3.

-218.-

OBSERVACIÓN NÚMº 64.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 8. — OSTEOSARCOMA DEL MAXILAR  
INFERIOR.

V. A., de 62 años.- Ingresó el 14 de Abril.

El tumor, que es como una granada, no produce más que trastornos mecánicos, y se ha desarrollado en un año.

Análisis practicado el día 19.

H.....0,97.

R.....4.848.000.

	P.....79.
	L.....15.
L.....8.600.---	M.....2.
	T.....3.
	E.....1.

XXXXXXXXXXXX

-219.-

OBSERVACIÓN NÚMº 65.-

XXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 10. — ESPLENOMEGALIA LEUCÉMICA.

F. M., de 24 años, casada.- Ingresó el 21 de Marzo.

Ocupa el bazo, toda la porción del vientre situada debajo de una línea que fuera desde la parte superior del hipocondrio izquierdo á la cresta iliaca derecha.

La hipertrofia comenzó en Mayo último, acompañada de pérdida de fuerzas edemas en las piernas. En Julio se suprimió la regla. Ha tenido algunas diarreas, tos, y, desde Enero, una artritis de marcha crónica en el codo derecho. Dolores en el bazo, que, desde hace un mes, exigen por su intensidad inyecciones de morfina.

Muy mal estado general; caquexia avanzada.

Día 23.- Exosplenopexia.- Duración, 15 minutos.- Cloroformo, 25 gramos.-

En la operación no ocurre novedad. La enferma se despeja pronto... Poco tiempo después, el vendaje está manchado de sangre, y continúa la hemorragia, si

-220.-

poderla cohibir de ningún modo, hasta fallecer el día 24<sup>a</sup> las 12 del día.  
Temperatura entre 36°,2 y 36°,5.

Análisis practicado el

H.....0,45.

Día 22.--R.....3.288.000.

L.....547.000.- Predominio de mielocitos de todas clas

Día 23.- Dos horas después de la operación.

H.....0,41.

R.....2.944.000.

L.....503.000.

Día 24.- Media hora antes de morir.

H.....0,25.

R.....1.760.000.

L.....1.036.000.

XXXXXXXXXXXXXX

-221.-

OBSERVACIÓN NÚMº 66.

XXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 2. — QUISTE HIDATÍDICO DE LA MAMA

C. A., de 20 años, casada.- Ingresó el 14 de Marzo.

Su padre murió de epiteloma de la lengua. La enferma ha notado desde hace un mes, un pequeño bultito poco doloroso en la mama izquierda.

No se encuentran alteraciones ganglionares.

Buen estado general.

Análisis practicado el día 20 de Marzo.

H.....0,92.

R.....4.832.000.

L.....7.700.---  
P.....64.  
L.....22.  
M.....7.  
T.....2.  
E.....5.

Operada el día 20, se encontró un pequeño quiste hidatídico.

XXXXXXXXXXXX

-222.-

OBSERVACIÓN NÚMº 67.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA M.- C 16. — QUISTE HIDATÍDICO DEL HÍGADO

T. A., de 43 años.- Ingresó el 26 de Noviembre.

Desde Mayo último, dolores en el hipocondrio derecho y algunos trastornos digestivos. En dicha región se aprecia un tumor renitente, liso, poco doloroso y movable con la respiración.

Buen estado general.

Análisis practicado el 29 de Noviembre.

R.....4.616.000.

L.....6.400.-----M.

P.....73.

L.....24.

M.....2.

T.....1.

E.....0.

Día 30.- Laparotomía.- Quiste hidatídico intrahepático en el borde anterior del hígado. Contiene medio litro de líquido claro.- Marsupialización.- Duración



-223.-

20 minutos.

Análisis practicado inmediatamente después de la operación.

R.....	4.856.000.	P.....	86.
		L.....	10.
L.....	12.300.----	M.....	2.
		T.....	2.
		E.....	0.

Buen curso postoperatorio.- Escasa supuración.

Día 24 de Diciembre.- Terminando la cicatrización.

R.....	3.972.000.	P.....	61.
		L.....	19.
L.....	7.500.----	M.....	3.
		T.....	2.
		E.....	15.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

-224.-

OBSERVACIÓN NÚM. 68.

XXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 7. - QUISTE HIDATÍDICO DEL HÍGADO

F. G., de 50 años.- Ingresó el 14 de Diciembre.

Desde hace siete años padece dolores que refiere al estómago, digestiones difíciles y alternativas de estreñimiento y diarrea.- En el hipocondrio derecho, pequeña tumoración redondeada, lisa y renitente.

Aunque la enferma tiene pocas carnes, el estado general es bueno.

Análisis practicado el día 15.

R.....5.080.000.

L.....11.600.-----

P.....69.  
L.....27.  
M.....1.  
T.....1.  
E.....2.

Día 16.- Laparotomía.- Quiste hidatídico del tamaño de una naranja en el borde anterior del lóbulo mayor del hígado. Incindido, vemos que está completamente repleto de hidátides, siendo muy escasa la cantidad de líquido libre.

Marsupialización.- Duración 25 minutos.

Análisis practicado inmediatamente después de la operación.

R.....4.896.000.

	P.....93.
	L.....5.
L.....23.600.-----	M.....1.
	T.....1.
	E.....0.

Durante los días 16, 17, 18, 19, y 20 la temperatura varía entre 37° y 38°, y la enferma únicamente acusa algunos dolores.

Análisis practicado el día 21.

R.....4.792.000.

	P.....76.
	L.....18.
L.....11.600.-----	M.....1.
	T.....1.
	E.....4.

Día 25.- Levantado el apósito, no ocurre novedad.

En los días siguientes, supuración muy escasa, que desaparece pronto.

Día 10 de Enero.- Herida completamente limpia, y terminando la cicatriza

-226.-

ción.

R.....4.712.000.

	P.....	65.
	L.....	29.
L.....8.300.-----	M.....	1.
	T.....	2.
	E.....	3.

Día 20.- Alta por curación.

XXXXXXXXXXXX

-227.-

OBSERVACIÓN NÚMº 69.

XXXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 15.— USTE HIDATÍDICO DEL H. C. )  
I. N., de 24 años.— Ingresó el 27 de Abril.

Desde hace ocho meses, dolores fuertes en el epigastrio y lado izquierdo  
del pecho.

Gran tumoración lisa y renitente, que ocupa el epigastrio y el torax has  
ta las costillas cuartas, subiendo un poco más en el lado izquierdo.

El corazón late en el segundo espacio intercostal.— Disnea cuando hace a  
gún ejercicio, apetito escaso; pero buen estado general.

Análisis practicado el 28 de Abril.

H.....0,85.

R.....4.072.000.

L.....14.900.-----

P.....76.  
L.....15.  
M.....3.  
T.....3.  
E.....3.

Por la tarde aparece la regla.

-228.-

Día 30.- Continúa el flujo.

L.....9.900.

Día 3 de Mayo.- La menstruación ha terminado.

H.....0,82.

R.....4.232.000.

	P.....75.
	L.....16.
L.....8.400.-----	M.....4.
	T.....3.
	E.....2.

Día 4.- Laparotomía.- Quiste voluminoso; gran cantidad de líquido claro; no hay hidátides; membrana quística muy gruesa.

XXXXXXXXXXXX

OBSERVACIÓN NÚMº 70.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 27. — QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO  
DEL HÍGADO.

R. R., de 54 años.- Ingresó el 12 de Enero.

Presenta en el hipocondrio posterior derecho una tumoración del tamaño una naranja, lisa, sin alteración de la piel ni fluctuación clara, desarrollado en dos meses, sin provocar ninguna molestia.

Análisis practicado el día 18.

R.....4.288.000.

L.....12.400.---

P.....90.

L.....7.

M.....2.

T.....1.

E.....2 en 500.

Día 20.- Incisión.- Sale como un litro de pus espeso é inodoro.- Explor el fondo del absceso se averigua que el pus proviene del hígado, habiendo perforado el diafragma y las dos hojas de la pleura que están adheridas.- Resec

-230.-

ción de un trozo de costilla, desagüe con dos tubos de goma, y lavado con la solución bórica, que arrastra restos de membrana quística.- Duración, 30 minutos.

Análisis practicado dos horas después de la operación.

R.....4.769.000.

P.....81.

L.....10.

L.....12.300.---M.....3.

T.....6.

E.....3 en 500.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



-231.-

OBSERVACIÓN NÚMº 71.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 15. — QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO  
DEL HÍGADO.

D. C., de 50 años.-Ingresó el 27 de Octubre.

Desde hace cinco meses, dolores de estómago poco intensos y algunos vómitos.- No recuerda haber tenido fiebre.- Buen estado general.

Análisis practicado el día 3 de Noviembre.

L.....4.700.

Día 4.- Laparotomía.- Quiste en la cara inferior del hígado, con adherencias al estómago. Al incindirle, sale gran cantidad de pus muy fétido.- Marsupialización.- Duración, 30 minutos.

Después de la operación.

L.....9.200.

Día 1 de Diciembre.- Sigue la supuración; fiebre ligera.

L.....14.800.

XXXXXXXXXXXXXX

-232.-

OBSERVACIÓN NÚMº 72.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA M.- C. 10. — LITIASIS BILIAR.

M. F., de 65 años.- Ingresó el 20 de Febrero.

Hace seis años tuvo ictericia, y quince días antes de ingresar un cólico hepático, con motivo del cual el médico le llamó la atención sobre un pequeño tumor que encontró entre el hipocondrio y vacío derechos.

Buen estado general.

Análisis practicado el 24 de Febrero.

H.....0,81.

R.....4.248.000.

	P.....75.
	L.....14.
L.....10.800.----	M.....3.
	T.....5.
	E.....3.

Laparotomía el 26 de Febrero. Se encuentra distendida la vexícula biliar. Al incindirle, sale un líquido oscuro y 21 cálculos: 20 pequeños y 1 como un avellana.

-233.-

OBSERVACIÓN NÚM.º 73.

~~XXXXXXXXXXXX~~

SALA M. - C. 9. — LITIASIS BILIAR.

J. R., de 34 años.- Ingresó el 2 de Marzo.

Su madre murió de cáncer úterino y un hermano de lesiones cardio-pulmonares.

Poco tiempo después de casada tuvo una infección sifilítica, que curó con tratamiento mixto, sin que se haya presentado después ninguna manifestación. En 1.902 tuvo un parto normal.

Desde Setiembre de 1.901 ha tenido varios cólicos hepáticos, cada vez más intensos.

En la región correspondiente á la vexícula biliar se encuentra una pequeña tumoración.

Padece frecuentes trastornos gástricos, y se alimenta exclusivamente con leche y huevos.

Se fatiga cuando anda un rato; pulsó blando y algo frecuente; no se perc

-234.-

Se nota nada anormal en el corazón.- Menstruaciones irregulares.

Análisis practicado el día 3.

H.....0,97.

R.....5.312.000.

L.....8.900.-----	P.....74.
	L.....18.
	M.....4.
	T.....1.
	E.....3.

Día 4.- Laparotomía.- Se encuentran dos cálculos del tamaño de una avellana: uno enclavado en el conducto cístico, y otro libre en la vexícula que estaba llena de moco claro. Después de extraer los cálculos, se sutura el conducto cístico y cuello de la vejiga y la pared abdominal, dejando un pequeño desagüe de gasa.

Tarde.- 37°,8.- Pulso, 90.

Día 5.- Mañana, 37°,5.- Pulso, 83.— Tarde. 37°,6.- P. 83.- Ligero dolor en el corazón, que se hace más intenso á las 12 de la noche, sin que se encuentre nada por auscultación.

-235.-

. Día 6.- Mañana.-. 37°.- Ha desaparecido el dolor. La enferma está bien.  
A la una de la tarde falleció de repente.

Autopsia.- Por circunstancias especiales tuvimos que practicarla rápidamente, y limitar la exploración al vientre. No encontramos ninguna alteración en la sutura, foco de la operación, ni peritoneo.

\*\*\*\*\*

-236.-

OBSERVACIÓN NÚMº 74.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 5. — CIRROSIS HIPERTRÓFICA DEL  
HÍGADO.

M. L., de 28 años.- Ingresó el 19 de Enero.

Lavador de coches, ha vivido en malas condiciones higiénicas, aficionado á los alcohólicos, reumático.

Desde hace tres meses, y después de un ataque de reumatismo articular agudo, molestias en el epigastrio é hipocondrio derecho con algunos dolores que se irradian al hombro, escaso apetito, v-ómitos, digestiones pesadas, alternativas de estreñimiento y diarrea, tinte subictérico y decadencia general progresiva, con una melancolía exagerada. El hígado está aumentado de volumen y doloroso á la presión.

Análisis practicado el día 21.

R.....3.104.000.

L.....6.200.-----

P.....64.  
L.....31.  
M..... 2.  
T..... 2.  
E..... 1.

-237.-

Día 22.- Laparotomía.- Ligera ascitis.- Hígado hipertrofiado, congestionado, oscuro, superficie granulosa.- El bazo también está un poco hipertrofiado.- Sutura.- Duración, 25 minutos.- Cloroformización difícil.

Una hora después de la operación: 36°; enfermo aplanado; pulso lento; percutenso.

R.....2.908.000.

P.....82.

L.....12.

L.....9.300.-----M.....5.

T.....1.

E.....1 en 500.

Tarde.- 36°,9.

Día 23.- Mañana.- 36°,1.

R.....2.508.000.

P.....70.

L.....26.

L.....8.500.-----M.....2.

T.....2.

E.....1 en 500.

Tarde.- 36°,6.

-238.-

Día 24..- Mañana.- 36°3.

R.....3.296.000.

L.....8.500.-----

P.....66.

L.....28.

M.....4.

T.....1.

E.....1.

La herida cicatriza sin novedad, y sale muy aliviado el día 21 de Febrero

\*\*\*\*\*



-239.-

OBSERVACION NÚM.º 75.

XXXXXXXXXXXXXX

SALA M. - C. 7 — CIRROSIS ATRÓFICA DEL H. GA.

J. T., de 54 años.- Ingresó el 27 de Enero.

Ascitis considerable; circulación venosa muy desarrollada, disnea mecánica  
enflaquecimiento exagerado.- Régimen lácteo exclusivo.- No hay fiebre.

Análisis practicado el día 31.

R.....2.876.000.

P.....81.

L.....13.

L.....19.800.-----M..... 2.

T..... 1.

E..... 3.

Enero.- Día 1.- Operación de Thalma, sin accidente.

Tarde.- 38°.

Día 2.- Mañana.- 37°,5.- Vértigos.- Tarde.- 37°,9.

Día 3.- Muerte repentina.

XXXXXXXXXXXXXX

-240.-

OBSERVACIÓN NÚMº 76.

XXXXXXXXXXXXXX

ANEMIA POR HEMORRAGIAS.

A. C., de 27 años.- Viene á la consulta el 28 de Enero.

Padece hemorroides que, desde hace un mes, le ocasionan hemorragias frecuentes y copiosas.- El enfermo ofrece el cuadro de la anemia intensa.

R.....2.364.000.- Muy alterados.

P.....80.

L.....14.

L.....11.900.-----M.....2.

T.....4.

E.....2 en 500.

Día 4 de Mayo.- Vuelve á la consulta y dice que no ha tenido hemorragias hasta hace pocos días.- Piel y mucosas, aunque pálidas, tienen mejor color que en Enero.

H.....0,50.

R.....4.384.000.- Alterados.

P.....65.

L.....27.

L.....7.500.-----M.....3.

T.....2.

E.....3.

XXXXXX

-241.-

OBSERVACIÓN NÚMº 77.

XXXXXXXXXXXX

SALA H. - C. 1. - CRANIECTOMÍA.

J. M., de 38 años.- Ingresó el 15 de Octubre.

Padece fuertes dolores de cabeza, trastornos de la palabra y amnesia, á consecuencia de una cox que recibió en la sien izquierda hace dos años.

Análisis practicado el día 3 de Noviembre.

L.....8.300.

Día 4.- Craniectomía.- Extirpación de un pequeño quiste seroso en el pié de las circunvoluciones frontales 2ª y 3ª - Duración, 30 minutos.

Después de la operación.

L.....15.000.

XXXXXXXXXXXX

. Del estudio atento de las observaciones que preceden y del somero examen que de sus datos hemos hecho en la primera parte de este trabajo, podemos deducir las siguientes

#### C O N C L U S I O N E S .

1ª Un análisis clínico de la sangre es operación sencilla, si bien requiere sumo cuidado en la técnica para evitar errores de trascendencia.

2ª Las fórmulas hematológicas no son específicas, fuera de los casos de leucemia manifiesta. Para su recta interpretación es necesario el concurso de los datos clínicos.

3ª Los leucocitos constituyen el factor más importante y mejor estudiado en las infecciones agudas, siendo su aumento proporcional á la intensidad de la infección, siempre que ésta no alcance un grado excesivo, y á las energías reaccionales del enfermo.

4ª La falta ó insuficiencia de leucocitosis á pesar de una infección intensa, es de pronóstico gravísimo.

5ª La leucocitosis es más precoz y más sensible que ningún otro síntoma

de la infección, y los análisis en serie indican con gran exactitud la marcha de aquélla.

6º Son de más valor las variaciones de la cantidad absoluta de leucocitos que las relativas de sus distintas variedades; y en éstas, las de los eosinófilos.

7º La leucocitosis no depende inmediatamente de la existencia del pus, sino de la infección; y en las supuraciones agudas, es de mayor utilidad para su diagnóstico la persistencia del aumento en los leucocitos, que el grado de éste.

8º Aunque esté enquistado, si el pus no se acompaña de leucocitosis, muy probablemente es estéril.

9º Las oscilaciones de los glóbulos rojos y de la hemoglobina no son bien conocidas, pudiendo encontrarse en cantidad normal, y hasta mayor, en infecciones gravísimas.

10º La tuberculosis por sí no produce reacción leucocitaria, y, cuando ésta existe, debe atribuirse á infecciones sobreañadidas. La cantidad de glóbulos rojos, por causas que se ignoran, puede conservarse casi normal á pesar de una decadencia orgánica avanzada.

-244.-

11<sup>a</sup> La influencia de los tumores en general y aun la del cáncer del estómago, no es bien conocida. La anemia y la leucocitosis manifiesta nos inducirán á pensar en la existencia de un tumor maligno; pero la falta de estos datos no autoriza para negarla.

12<sup>a</sup> La eosinofilia no parece carácter importante para el diagnóstico de los quistes hidatídicos.

13<sup>a</sup> Los traumatismos operatorios sin complicación producen leucocitosis polinuclear, que desaparece pronto. Cuando ocasionan hemorragia de alguna intensidad, disminuyen los glóbulos y la hemoglobina y aumentan los leucocitos, alcanzando éstos algunas veces cantidades extraordinarias.

Y 14<sup>a</sup> No debe atribuirse la curación de la tuberculosis peritoneal por laparotomía simple á la reacción leucocitaria que ésta determina.

Madrid 23 de Junio de 1.904.



*Armando Lapina y Escobedo*

-245.-

. La mayor parte de las opiniones y trabajos de autores que se citan en el presente se han tomado del Tratado "Du Sang", de Hayem.-1.889.— De la Tesis de Silhol "L examen du sang en chirurgie".-1.903.- y del "Traité d Hematologie" de Bezancon y Labbé.-1.904.

-----

Admirable  
Guillermo del Rio y base

Admirable  
Eusebio

Calificación obtenida sobre saliente  
Madrid 20 de Junio de 1904

El Presidente,  
Nelson Calvo

Francisco Portuñón  
J. Zambrana

Alonso de  
Guillermo del Rio y base  
Sebastián Melgarejo